

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1901-1902. — N° 154

Contribution à l'Étude du Traitement

DES

Arthrites suppurées du Genou

(EN DEHORS DE LA TUBERCULOSE)

ET DES ABCÈS ARTHRIFLUENTS CONSÉCUTIFS

DRAINAGE DU GENOU PAR LE CUL-DE-SAC SOUS-QUADRICIPITAL

Incision des abcès sans intervention sur l'articulation

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 9 Juillet 1902

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

CHARLES-LAURENT GAUTHIER

Interne des Hôpitaux

Né à Lyon, le 24 avril 1875



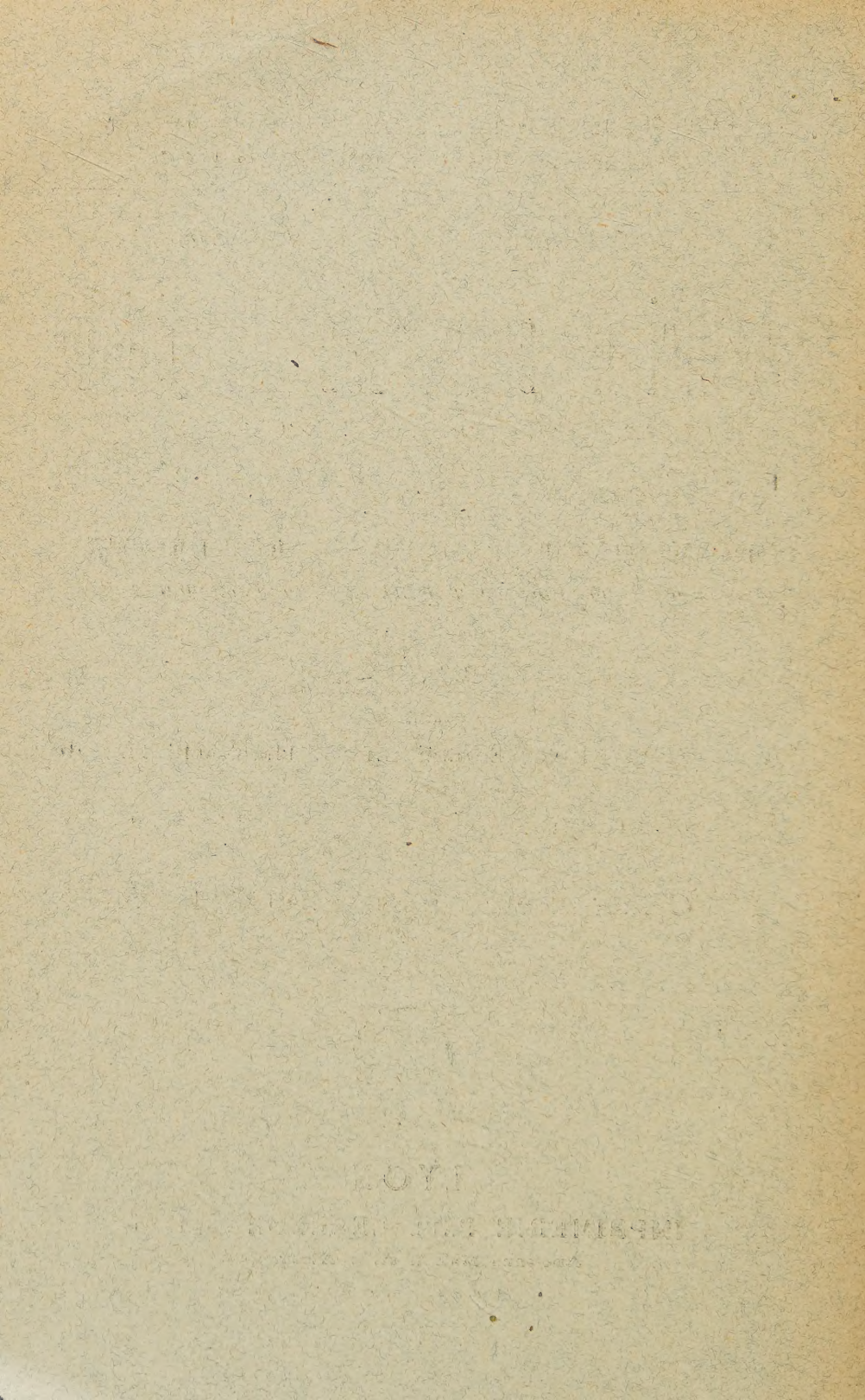
LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE ET C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Belle-Cordière, 14

1902





Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTE DE MEDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1901-1902. — N° 154

Contribution à l'Étude du Traitement

DES

Arthrites suppurées du Genou

(EN DEHORS DE LA TUBERCULOSE)

ET DES ABCÈS ARTHRIFLUENTS CONSÉCUTIFS

DRAINAGE DU GENOU PAR LE CUL-DE-SAC SOUS-QUADRICIPITAL

Incision des abcès sans intervention sur l'articulation

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Et soutenue publiquement le 9 Juillet 1902

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

CHARLES-LAURENT GAUTHIER

Interne des Hôpitaux

Né à Lyon, le 24 avril 1875



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE ET C^{ie}

Ancienne Maison A. WALTENER

14, rue Belle-Cordière, 14

1902

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. LORTET	DOYEN.
LACASSAGNE	ASSESEUR.
CROLAS	QUESTEUR.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. PAULET, CHAUVEAU.

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.....		BONDET.
Clinique obstétricale et Accouchements.....	}	BARD
Clinique ophtalmologique.....		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques...		JABOULAY.
Clinique des maladies mentales		FOCHIER.
Clinique des maladies des enfants		GAYET.
Physique médicale		GAILLETON.
Chimie médicale et pharmaceutique.....		PIERRET.
Chimie organique et Toxicologie		WEILL.
Matière médicale et Botanique.		MONOYER.
Parasitologie		HUGOUNENQ.
Anatomie.....		CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.....		FLORENCE.
Physiologie.....		LORTET.
Pathologie interne.....		TESTUT.
Pathologie externe		RENAUT.
Pathologie et Thérapeutique générales		MORAT.
Anatomie pathologique.....		TEISSIER.
Médecine opératoire.....		AUGAGNEUR.
Médecine expérimentale et comparée.....		MAYET.
Médecine légale		TRIPPIER.
Hygiène.....		POLLOSSON (M.).
Thérapeutique		ARLOING.
Pharmacologie.....		LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
		SOULIER
		CROLAS.

PROFESSEUR ADJOINT

Clinique des maladies des femmes	M. LAROYENNE.
--	---------------

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Maladies des voies urinaires.....	MM. CHANDELUX, agrégé.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS, —
Propédeutique médicale	ROQUE, —
Propédeutique chirurgicale.....	ROLLET. —
Propédeutique de gynécologie.....	CONDAMIN. —
Anatomie pathologique.....	DEVIC, —
Physiologie	DOYON, —
Accouchements.....	FABRE, —
Botanique.....	BEAUVISAGE, —
Hydrologie et matières alimentaires.....	CAUSSE, D ^r ès sciences.

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BEAUVISAGE.	VALLAS.	NOVÉ-JOSSERAND.	CHATIN.
ROUX.	SIRAUD.	BERARD.	VILLARD.
COLLET.	DURAND.	SAMBUC.	TIXIER.
BOYER.	PIC.	BORDIER.	FABRE.
BARRAL.	PAVOT.	COURMONT (P.).	REGAUD.
MOREAU.			

M. BEAUDUN, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. JABOULAY, Président ; M. POLLOSSON (A.), Assesseur ;
MM. NOVÉ-JOSSERAND et VILLARD, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

DU MÊME AUTEUR

Syphilis hépatique à forme scléro-gommeuse. *Province Médicale*, 20 octobre 1900, p. 499.

Pneumonie contusive chez un alcoolique. Suppuration à pneumocoques d'un foyer de fracture de côte. *Lyon Médical*, 4 et 11 novembre 1900, tome III, p. 329 et 372, et Thèse de Massol, Lyon 1900-1901, n° 60.

DEVIC, et Ch.-L. GAUTHIER. — Sur un cas de tumeur cérébrale à forme psycho-paralytique. *Archives générales de Médecine*, novembre 1900, p. 745.

Gliome du noyau caudé. *Province Médicale*, 23 mars 1901, p. 133.

VILLARD et Ch.-L. GAUTHIER. — Perforation de l'estomac par ulcère. Laparotomie. Gastrostomie temporaire. Guérison. *Province Médicale*, 13 avril 1901, p. 169.

A NOS MAITRES

Le professeur Jaboulay, qui nous a donné l'idée et les matériaux de cette thèse, et nous fait l'honneur de la présider ;

Le professeur Maurice Pollosson, notre excellent maître d'externat et d'internat, notre maître encore à la Faculté ;

Le professeur Jules Courmont qui, en toutes circonstances, dans les bonnes comme dans les mauvaises heures, pour nous et pour les nôtres a prodigué ses conseils et son appui ;

Le professeur Testut, qui nous a toujours si bien accueilli dans son laboratoire de la Faculté ;

Le docteur Gangolphe, chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu ;

Le professeur agrégé Auguste Pollosson, chirurgien-major de la Charité.

Le docteur Devic, médecin des Hôpitaux, dont nous avons eu l'honneur d'être le collaborateur ;

Le docteur Vincent, chirurgien-major honoraire de la Charité ;

Le docteur Nové-Josserand, chirurgien des Hôpi-

taux, dont nous avons le rare bonheur de suivre les hautes leçons ;

Le professeur Weill, de la Charité ;

Les docteurs P. Courmont, professeur agrégé à la Faculté, et L. Tixier, chirurgien des Hôpitaux, les excellents maîtres et amis dont nous avons été pendant quatre ans le fidèle disciple ;

Le professeur Augagneur ;

Le docteur Villard, chirurgien des Hôpitaux ;

Le docteur Commandeur, accoucheur des Hôpitaux ;

A tous nous offrons nos sentiments de vive gratitude pour les leçons et les conseils qu'ils nous ont donnés.

PRÉAMBULE

Nous avons l'intention, dans ce travail, d'exposer deux points de la pratique de notre maître, M. le Professeur Jaboulay, concernant le traitement de l'arthrite suppurée du genou, en dehors de la tuberculose.

Le premier c'est un nouveau mode de drainage de l'articulation dont nous nous efforcerons de démontrer les avantages : l'ouverture exclusive du cul-de-sac sous-quadricipital, combinée à l'élévation continue du membre inférieur.

Le second c'est le traitement d'une complication fréquente de l'arthrite suppurée du genou : l'abcès arthrifluent des parties molles péri-articulaires et notamment de l'abcès intra-quadricipital, de beaucoup le plus fréquent de tous.

Là encore nous préconiserons la méthode de M. le professeur Jaboulay : l'incision simple et le drainage de ces abcès sans intervention sur l'articulation, tou-

jours avec adjuvance de l'élévation du membre inférieur.

Nous aurons en vue, dans ce travail, les seules arthrites purulentes que l'on ait occasion d'étudier dans la pratique civile et hospitalière en dehors de la tuberculose. Savoir : d'une part les arthrites traumatiques par contusion, piqûre, coupure et, d'autre part, les arthrites rhumatoïdes infectieuses, arthrites de métastase.

Nous éliminons de notre cadre les suppurations articulaires consécutives aux coups de feu. Elles relèvent de la chirurgie de guerre et sont de la compétence des médecins militaires.

Dans notre première partie nous exposerons d'abord la classification des pyarthroses du genou, puis leur traitement, énumérant les différentes méthodes opératoires qui se sont partagé et se partagent encore la faveur des chirurgiens. Nous nous attacherons ensuite à l'exposé de notre procédé. Nous nous efforcerons de montrer l'efficacité de la méthode, en apportant à l'appui des preuves cliniques et expérimentales. Dans un autre chapitre nous établirons les indications suivant les formes cliniques et étiologiques. Nous terminerons par un parallèle entre la méthode et les autres procédés chirurgicaux.

Dans notre seconde partie nous donnerons d'abord un aperçu général des abcès arthrifluents consécutifs aux suppurations chaudes du genou. Nous étudierons leurs causes, leur fréquence. Nous ferons ressortir ensuite l'importance prépondérante des abcès fémoraux intra-quadricipitaux dus à la rupture du cul-de-

sac supérieur de l'articulation. Nous donnerons la raison anatomique de cette rupture.

Un paragraphe spécial sera consacré au pronostic des abcès arthrifluents. Nous y ferons connaître les idées particulières de M. le professeur Jaboulay.

Nous exposerons après la méthode spéciale de traitement de notre Maître, si simple et si efficace. Nous en ferons ressortir les avantages, l'intérêt qu'il y a à ne pas faire subir de délabrements à l'articulation.

Notre thèse comporte deux parties, mais un lien, une idée directrice générale les réunit.

Qu'est-ce, en effet, que le cul-de-sac sous-quadriceps distendu par le pus d'une pyarthrose du genou, sinon un abcès arthrifluent en miniature ? De ce cul-de-sac distendu mais intact, au volumineux abcès intra-musculaire arthrifluent remontant jusqu'à l'aisselle tous les degrés existent. Or nous préconisons, pour un cas comme pour l'autre, le même traitement efficace : l'incision simple, l'élévation du membre. C'est toujours la même méthode. Ainsi se trouve réalisée l'unité de notre travail, mal établie en apparence.

Nous placerons à la fin les pièces justificatives et nos conclusions.

PREMIÈRE PARTIE

LE DRAINAGE SOUS QUADRICIPITAL

CHAPITRE PREMIER

Les arthrites suppurées du genou traumatiques et infectieuses

Avant de passer en revue les différents moyens chirurgicaux opposés à l'heure actuelle aux pyarthroses du genou, nous devons donner un exposé succinct des classifications actuellement admises pour ces affections.

Nous distinguerons d'abord deux grandes classes : les arthrites traumatiques et les arthrites infectieuses.

Les premières sont dues à la pénétration directe dans l'articulation de microbes pathogènes apportés

par l'agent traumatisant, instrument piquant, tranchant, projectile, etc., ou profitant secondairement de la porte d'entrée créée par lui.

Par arthrites infectieuses, on entend celles qui surviennent au cours des diverses maladies pyohémiques. Là, les germes pathogènes viennent de l'intérieur; ils sont apportés dans l'articulation par la voie sanguine ou la voie lymphatique.

Deux catégories sont à établir d'emblée dans la classe des arthrites traumatiques. Dans la première il faut ranger celles qui succèdent aux coups de feu. Il est rare de les observer dans la pratique civile; comme nous l'avons dit dans notre préambule, ces faits relèvent de la chirurgie de guerre; nous ne nous en occuperons pas.

La seconde catégorie des arthrites traumatiques comprend celles qui sont consécutives à des contusions avec ou sans plaie, à des plaies pénétrantes par instruments piquants ou tranchants.

Nous retenons cette variété fréquemment observée dans la pratique civile et hospitalière. Certains cas cliniques sont bien classiques: c'est un garçon boucher qui se blesse avec un couteau qu'il laisse tomber par mégarde, c'est un bûcheron dont la hache mal dirigée va ouvrir le genou, c'est encore un jardinier accroupi auprès d'une plante qu'il émonde qui se blesse avec sa serpette mal conduite.

La classe des arthrites infectieuses embrasse un ensemble de cas très complexe. Plusieurs classifications en ont été données. Ce sont plutôt des énumérations.

La plus récente est celle de Mauclaire dans son article du *Traité de Chirurgie*. Il donne deux classifications, la première suivant la maladie causale, la seconde suivant l'agent pathogène.

A). — Classification suivant la maladie causale :

1^o Arthrites liées à une maladie inflammatoire du membre ; phlegmatia alba dolens puerpérale ou non, lymphangite ;

2^o Érysipèle ;

3^o Puerpérales ;

4^o Rhumatoïdes primitives sans porte d'entrée apparente ;

5^o Arthrites suppurées des enfants (dus probablement à l'ostéomyélite) ;

6^o Blennorrhagie ;

7^o Fièvres éruptives ; variole, varicelle ;

8^o Dysenterie, morve ;

9^o Angines ;

10^o Scarlatine, grippe, diphtérie ;

11^o Pneumonie ;

12^o Fièvre typhoïde ;

B. — Classification suivant l'agent pathogène :

1^o à staphylocoques blancs : arthrites de gravité moyenne, à évolution lente.

2^o à staphylocoques dorés : gravité variable.

3^o à streptocoques : arthrites fréquentes, graves.

4^o à pneumocoques : arthrites bénignes.

5^o à microbes associés : arthrites graves.

6° Amicrobienne : arthrites bénignes, guérissant par la ponction.

Il nous faut compléter la classification n° 1 de Mauclore, en la comparant à une autre publiée par lui dans un mémoire antérieur. De la sorte, nous ajouterons à cette liste, déjà longue, deux affections importantes dans la genèse des pyarthroses : l'ostéomyélite et l'infection purulente. Mauclore n'a pas cru devoir les adjoindre, parce que ces maladies forment des chapitres à part dans le traité.

Que faut-il penser de cette classification étiologique qui met sur le même plan toute une série d'affections causales ?

Celles-ci entrent-elles pour une même part dans la fréquence des arthrites suppurées ? Nous ne le pensons pas.

Aussi, donnerons-nous comme plus conforme à la réalité clinique, la classification des cas de la thèse de Jalaguier.

Il cite par ordre de fréquence :

1° Les arthrites dues à l'ostéomyélite, soit que celle-ci agisse par contiguité ou comme maladie générale pyohémique ; 2° les arthrites consécutives à l'inflammation des membres : lymphangites, phlegmons, hygromas suppurés, phlébites, etc ; 3° les arthrites infectieuses spontanées des adultes ; 4° les arthrites puerpérales ; 5° les arthrites suppurées idiopathiques des enfants. Cette classification n'est encore pas parfaite. Elle a surtout le tort d'être ancienne, ce qui explique en partie les dénominations des classes 3 et 5.

Il est certain qu'à l'heure actuelle, en raison des progrès du diagnostic clinique et bactériologique, on pourrait étiqueter nettement un certain nombre des observations de ces deux groupes. Et, cependant, il est encore, à l'heure actuelle, un certain nombre d'arthrites de cause douteuse. Sans doute on trouve des microbes connus dans le pus articulaire, mais le mode d'entrée dans l'organisme, la cause de leur pullulation, le motif de leur localisation, tout cela reste encore obscur. On trouvera des exemples de ces arthrites de cause mystérieuse dans les observations que nous rapportons.

De plus, faite au hasard des cas cliniques rassemblés, elle ne comprend pas des arthrites qu'il est donné d'observer de temps à autre, telles que la blenhorragique et la pneumococcique. •

Toute suppuration a une gravité proportionnelle à la virulence de l'agent pyogène. Maucclair s'est efforcé d'établir une classification pronostique des pyarthroses suivant leurs microbes pathogènes, effort logique, car on peut en déduire des indications thérapeutiques intéressantes.

Malheureusement, si quelques points semblent établis dans cet ordre d'idées, la grande lumière n'est pas encore faite et, dans la majorité des cas, la bactériologie seule est impuissante à préciser les indications opératoires.

En résumé toutes les maladies générales infectieuses sont susceptibles de donner des métastases articulaires. On ne retrouve pas toujours dans l'articulation le microorganisme de l'affection causale,

inconnu d'ailleurs bien souvent. Ce sont assez souvent des microbes banals de la suppuration qui envahissent le torrent circulatoire à la faveur de l'affaiblissement de l'organisme et par suite, quelquefois, de la création d'une porte d'entrée spéciale. C'est ainsi que les pyarthroses de la diphtérie sont à streptocoques, celle de la pneumonie à pneumocoques, mais aussi à streptocoques, celles de la fièvre typhoïde à staphylocoques, à coli-bacille, jamais à bacille d'Eberth.

Au reste toutes ces arthrites purulentes ne se présentent pas au chirurgien avec le même intérêt.

Il est des cas où la maladie causale tient une place prépondérante dans le tableau clinique, l'arthrite n'étant qu'un épiphénomène sérieux, sans contredit, mais secondaire au point de vue du pronostic. Telles sont les arthrites de la fièvre typhoïde, de l'infection puerpérale, de l'infection purulente, de la morve.

Dans ces cas l'action locale est condamnée d'avance c'est l'infection générale qui prime tout et contre laquelle on est bien souvent impuissant.

Dans une seconde catégorie de faits l'infection générale et la métastase locale sont à peu près au même degré d'importance. L'arthrite de la convalescence de la pneumonie nous semble réaliser ce type. Là le chirurgien est mieux armé et son intervention locale aura plus de chances de succès.

Nous rangerons enfin dans une troisième catégorie ces faits où la prépondérance reste à la lésion locale : ce sont les arthrites nettement chirurgicales de l'ostéomyélite localisée, de la blennorrhagie.

Les arthrites traumatiques présentent aussi de grandes différences suivant les cas. Il en est de bénignes, il en est de très graves, d'autres enfin présentent une gravité moyenne.

Les premières se manifestent par des douleurs modérées, une distension légère de l'articulation par un liquide louche, séro-purulent. Il y a un peu d'empâtement, de la rougeur peu accentuée. La température ne dépasse pas 38°, 38° 5.

Les secondes au contraire, se révèlent rapidement par des symptômes généraux très graves, des signes de septicémie suraiguë : il y a de l'altération profonde des traits, de grands frissons, de la diarrhée fétide, des vomissements. La température atteint 40°, 41° ; elle subit de grandes oscillations.

Localement les symptômes sont variables, tantôt il y a un gros épanchement, tantôt, au contraire, une production faible de pus. Cette dernière éventualité correspond d'ailleurs aux cas les plus graves.

La mort est la terminaison habituelle dans cette forme. C'est la septicémie qui, d'emblée, domine la scène, la lésion locale est secondaire, on ne peut donc avoir de prise sur elle.

A la troisième variété correspond la majorité des cas.

Ici les phénomènes locaux sont prépondérants. Il y a une production abondante de pus qui distend rapidement la synoviale. Cette distension cause des douleurs intolérables au patient jusqu'au jour où, si celui-ci est laissé à lui-même, le cul de sac sus-rotulien crève, laissant le pus fuser dans le muscle quadriceps.

Il y a de la rougeur vive, de l'œdème, une fluctation manifeste. Le membre est immobilisé et tout mouvement arrache des cris au patient.

La fièvre est intense, 40° souvent; il y a des frissons, de l'insomnie, la langue est sèche. Mais on ne remarque pas cette altération profonde des traits, cette diarrhée profuse et fétide, ces vomissements incoercibles qui caractérisent la forme septicémique d'emblée.

Tous les intermédiaires peuvent se trouver d'ailleurs entre ces différentes variétés.

Pour le dire tout de suite, seules les formes légères et moyenne intéressent vraiment le chirurgien; la forme septicémique étant trop souvent au-dessus des ressources de l'art.

C'est la qualité et la virulence des microbes introduits dans l'articulation qui règlent évidemment la gravité de la pyarthrose. L'étendue de la blessure a aussi son importance, les plaies larges se drainant spontanément mieux que les plaies étroites et sanieuses.

Quoi qu'il en soit, le chirurgien armé contre les lésions locales, l'est bien peu contre la septicémie. Peut-être le laboratoire viendra-t-il un jour l'aider dans sa tâche thérapeutique avec des sérums antitoxiques appropriés à l'espèce microbienne en cause.

CHAPITRE II

Le traitement chirurgical actuel des pyarthroses du genou.

Plusieurs opérations sont actuellement dirigées contre les suppurations chaudes du genou. Ce sont, en allant du simple au composé et par ordre de complexité grandissante: la ponction avec ou sans lavage, l'arthrotomie avec ses variétés latérales, postéro-latérale, poplitée, totale, la synovectomie, l'arthrectomie, la résection, l'amputation.

Ponction. — La ponction se définit d'elle-même. C'est l'évacuation du contenu purulent de l'articulation par une aiguille tubulée. On la fait souvent dans le cul-de-sac sous-quadricipital. On conseille de la pratiquer avec un gros trocart de façon à évacuer facilement les grumeaux.

Le lavage est fait par quelques-uns; les Allemands ont un faible pour l'eau phéniquée.

La ponction des pyarthroses réussit quelquefois à amener leur guérison. Volkmann, dès 1860, a communiqué deux cas de « Monarthritis rhumatica purulenta » guéris par simple ponction et évacuation; Rinne a signalé cinq faits de ce genre. Nous publierons à la fin de notre travail une observation analogue, due à l'obligeance de M. Vallas, chirurgien-major de l'Hôtel-Dieu. M. le professeur Maurice Pollosson nous a dit avoir guéri de cette façon des arthrites purulentes rhumatoïdes et même des arthrites traumatiques.

Tallet, dans sa thèse, rapporte trois cas d'arthrite aiguë suppurée du genou par plaie pénétrante, un de Heydenreich, un de Tachard, un de Reiffer où la guérison survint sans ankylose après une ponction pour les deux premiers cas, trois ponctions dans le troisième cas.

Ces observations se rapportent certainement à des infections dont la virulence était très atténuée. Il serait très intéressant de connaître le coefficient de virulence microbienne de chaque cas donné; les difficultés de la pratique s'y opposent malheureusement.

Tous les faits d'ailleurs ne sont pas aussi heureux. Témoin celui-ci rapporté par Forgeue et Reclus : Kammerer ponctionne une arthrite blennorragique du genou; quelques jours après il doit inciser et drainer le cul-de-sac quadricipital.

Arthrotomie. — L'arthrotomie est devenue le traitement de choix des pyarthroses depuis la thèse de Jalaguier.

Et, de fait, les résultats apportés dans ce travail sont excellents.

Sur 102 arthrites chaudes suppurées traitées par l'arthrotomie, il y a eu :

91 guérisons, dont 21 avec ankylose, 17 avec limitation des mouvements, 53 avec rétablissement à peu près complet de ceux-ci ;

2 guérisons après résection consécutive ;

9 morts.

Il existe plusieurs sortes d'arthrotomies : la plus employée est certainement l'arthrotomie latérale, qui consiste en deux incisions menées sur les côtés de la rotule au-devant des ligaments latéraux et intéressant la synoviale dans toute sa hauteur.

Certains, voulant atteindre les parties déclives de l'articulation, pratiquent des contre-ouvertures en dedans et en dehors, l'une entre les muscles de la patte d'oie, l'autre au-dessus du tendon du biceps. Ce sont les incisions du procédé de Kauffmann, les incisions de décharge d'Ollier pour la résection du genou.

Cette combinaison de l'arthrotomie latérale avec les incisions postérieures rétro-condyliennes a été recommandée par Ollier dans son *Traité des Résections*.

Elle est souvent mise en œuvre à Lyon. M. Gangolphe la recommande dans son livre récent, en conseillant d'y adjoindre encore l'ouverture sous-quadricipitale :

« Cinq incisions, dit-il, deux antéro-latérales lon-

gues de 10 à 12 centimètres de chaque côté de la rotule, deux autres postéro-latérales servant de contre-ouvertures, une cinquième médiane sus-rotulienne, à travers le cul-de-sac sous-tricipital, drainant la jointure. »

Le drainage poplité est généralement abandonné aujourd'hui en raison du danger d'ulcération des vaisseaux.

Disons aussi que beaucoup d'auteurs préconisent, à juste titre, l'ouverture du cul-de-sac sous-quadricipital en combinaison avec les incisions latérales et postéro-latérales.

Citons pour mémoire l'arthrotomie totale qui consiste, étant faites les deux incisions latérales, à les réunir par une troisième transversale sous-rotulienne, ce qui équivaut à tailler le lambeau en H pour la résection de Moreau.

Synovectomie. — Cette opération consiste, après incision en H, à extirper la synoviale en ménageant les ligaments et les cartilages.

Elle a été préconisée par M. le Dr Albertin, chirurgien des Hôpitaux de Lyon, dans la thèse de son élève Tallet. Nous ne croyons pas que cette opération ait été répétée par un autre auteur.

Arthrectomie. — Cette intervention, imaginée également par M. Albertin et exposée dans le même travail que la synovectomie, est une opération intermédiaire entre celle-ci et la résection.

Elle consiste à enlever la synoviale, les ligaments

croisés, les cartilages diarthrodiaux. Alors que la synovectomie s'adresse aux cas où la synoviale est seule atteinte, l'arthrectomie vise les faits où les cartilages sont eux-mêmes envahis. De plus, elle laisserait plus de place que la synovectomie aux drains intra-articulaires.

Résection. — Faite par Verneuil, dès 1863, préconisée chaudement, en 1868, par Spilmann, dans un mémoire important, la résection fut indiquée avec réticences, par Ollier, dans son *Traité des Résections*. C'est, d'une façon générale, une opération peu employée, surtout depuis le plaidoyer de Jalaguier en faveur de l'arthrotomie. A Lyon, M. le professeur Poncet s'en est fait le défenseur et, dans une série d'articles inspirés à ses élèves, MM. Delore, Lagoutte, dans la thèse de Mailhetard, il l'a vivement conseillée pour les arthrites traumatique.

Amputation. — Employée couramment autrefois comme la seule ressource à opposer à une affection aussi grave que la pyarthrose du genou, cette opération n'est plus pratiquée aujourd'hui que dans les cas désespérés. Le plus souvent, on a commencé par une arthrotomie, puis, celle-ci n'arrêtant pas les phénomènes de septicémie, on pratique une résection. Cette dernière opération fait redoubler généralement les phénomènes septiques et l'on termine par une amputation qui sauve rarement le malade.

Pour nous résumer, nous envisagerons la conduite généralement tenue par les chirurgiens dans les deux grandes classes d'arthrites suppurées du genou : les traumatiques, les infectieuses.

Dans les traumatiques, c'est l'arthrotomie qui est évidemment le procédé couramment employé. On proportionne généralement le nombre et l'étendue des incisions à l'importance du cas; on les fait latérales, puis postéro-latérales, puis sous-quadricipitales.

La résection, la synovectomie, l'arthrectomie ne comportent qu'un petit nombre de partisans.

Dans les arthrites infectieuses on n'emploie guère que la ponction et l'arthrotomie, la ponction dans les formes bénignes, ou encore, quand la multiplicité des localisations articulaires et la gravité prépondérante de l'état général contre-indiquent toute tentative sérieuse.

L'arthrotomie est employée dans la grosse majorité des cas.

Dans l'une comme dans l'autre classe, l'amputation est faite en désespoir de cause, après l'échec des autres méthodes de traitement.

CHAPITRE III

Le drainage sous-quadricipital. — Historique. Données anatomiques. — Manuel opératoire

L'idée n'est pas neuve d'ouvrir le cul-de-sac sus-rotulien dans une suppuration du genou. Dès que fut bien réglé le manuel opératoire de l'arthrotomie, l'incision de ce diverticule de la synoviale fut jugé nécessaire par les bons esprits, mais toujours en combinaison avec les incisions latérales et postéro-latérales.

Jalaguier le recommande vivement. Voici ce qu'il en dit :

« Certaines indications particulières, qu'il appartient au chirurgien d'apprécier, conduiront souvent à l'établissement d'autres ouvertures de décharge. Le plus habituellement c'est le cul-de-sac sous-tricipital que l'on incise et que l'on draine à part. Scriba avait déjà, dès 1877, conseillé de joindre cette troisième incision aux deux ouvertures latérales, mais

dans le cas seulement où le cul-de-sac ne communique pas avec la synoviale. Les arthrotomies ainsi conduites sont aujourd'hui très nombreuses. Presque toutes les observations de M. J. Bœckel portent que l'incision sus-rotulienne a été pratiquée. Le professeur Gross, de Nancy, s'en montre aussi très partisan ; enfin, mon excellent ami le professeur Th. Weiss, de Nancy, m'écrit que, d'après son expérience, *cette ouverture du cul-de-sac tricipital est la précaution capitale dans l'arthrotomie pour arthrite suppurée du genou.* »

Plus loin, au chapitre du drainage, il dit : « Puis un ou plusieurs drains doivent être disposés de manière à assurer l'écoulement facile des produits sécrétés, et particulièrement des liquides qui peuvent s'accumuler dans le cul-de-sac sous-tricipital. »

Ollier, dans son traité des résections, en est partisan comme d'un complément indispensable au bon drainage de l'articulation.

L'utilité du procédé est donc bien connue, mais ce qui constitue la nouveauté de la méthode de M. Jaboulay, c'est son emploi exclusif dans le traitement des arthrites suppurées du genou.

Le cul-de-sac sous-quadriceps est un prolongement important que la synoviale du genou envoie sous la terminaison du muscle quadriceps, terminaison constituée par le tendon du droit antérieur que flanquent, de chaque côté, les expansions d'insertion des deux muscles vaste externe et vaste interne.

Le muscle quadriceps, extenseur de la jambe sur la cuisse, est composé, comme son nom l'indique, de

quatre chefs musculaires agissant tous sur le tibia par le tendon rotulien. Ces quatre chefs sont le droit antérieur, les deux vastes externe et interne, le crural.

Nous insistons, parce que cette conception du muscle antérieur de la cuisse est de date récente et qu'il a été classique longtemps de ne lui considérer que trois chefs musculaires : le droit antérieur et les deux vastes. On parlait donc de muscle *triceps*, de cul-de-sac *sous-tricipital*. Certains auteurs emploient couramment encore ces désignations. Aussi ne sera-t-on pas étonné au cours de ce travail, dans les observations et dans les citations d'écrits datant de quelques années, de voir employée la vieille désignation que nous avons respectée.

Le cul-de-sac sous-quadricipital est une réflexion de la synoviale articulaire située entre le tendon d'insertion du quadriceps et l'extrémité inférieure du fémur.

Partie du rebord supérieur de la trochlée fémorale, à la limite du revêtement cartilagineux, la séreuse se dirige en haut tapissant le creux sus-trochléal et la face antérieure du fémur. Elle s'avance ainsi sur une longueur variant de 1 à 5 cent., dit Tillaux, de 2 à 6 pour M. le professeur Testut. Puis elle se réfléchit en bas et en avant le long du tendon du quadriceps et s'interrompt au niveau du bord supérieur de la rotule.

Quelques fibres musculaires, plus ou moins différenciées, s'insèrent à la partie supérieure du cul-de-sac. C'est le muscle tenseur de la synoviale du genou

ou muscle sous-crural. Son rôle consisterait à tendre la séreuse dans les mouvements de flexion, ce qui empêcherait son pincement.

La libre communication du cul-de-sac avec la cavité articulaire existe le plus souvent, mais non pas dans tous les cas. Trois éventualités peuvent se produire : 1^o la communication est large ; 2^o il existe un diaphragme plus ou moins serré presque immédiatement au-dessus de la rotule ; 3^o une bourse séreuse indépendante de l'articulation et séparée d'elle par une cloison qui remplace sous le tendon quadricipital le cul-de-sac habituel.

Tillaux, Schwartz ont fait des recherches à ce sujet. Le premier, sur 15 genoux observés, a trouvé 7 communications larges, 7 diaphragmes généralement peu serrés, 1 bourse séreuse indépendante.

Schwartz a fait porter ses recherches sur 210 genoux d'enfants et 50 d'adultes. Il a trouvé la communication 8 fois sur 10 chez les adultes, 7 fois chez les enfants.

Ces chiffres paraissent élevés à M. le professeur Testut qui, sur 26 genoux examinés, n'a jamais rencontré de bourse séreuse indépendante.

D'après les recherches de Moser, cette bourse séreuse, normale chez le fœtus, prendrait contact avec la synoviale sur la fin de la vie intra-utérine, et c'est à ce moment que la communication se ferait entre les deux formations séreuses dont le développement est isolé.

Devons-nous tenir grand compte de ces constatations anatomiques, au point de vue qui nous occupe ?

Nous ne le pensons pas. Le diaphragme, quand il existe, est lâche, peu résistant; le pus a tôt fait de l'assouplir. Quant à la cloison interséreuse, elle ne résiste pas longtemps à la poussée purulente. Schwartz a montré qu'elle cédait à une pression correspondant à 25 centimètres de mercure. Cette pression est relativement considérable, mais le pus est un liquide animé, et l'inflammation joue dans cet effondrement des cloisons organiques le rôle prépondérant.

Quels sont les plans qui recouvrent le cul-de-sac sous-quadricipital?

En allant de la périphérie vers la profondeur, on trouve la peau, le tissu cellulaire, l'aponévrose d'enveloppe de la cuisse, le tendon du quadriceps, la synoviale. L'épaisseur de ces plans diffère suivant les sujets. La peau est infiltrée de graisse chez les sujets obèses, chez les femmes surtout. Elle est généralement épaisse, dans le cas qui nous occupe, à cause de l'infiltration œdémateuse liée à l'épanchement purulent du genou. Rien de spécial à rapporter sur l'aponévrose fémorale. Le tendon du quadriceps présente une épaisseur variable suivant les cas, plus grande chez les sujets musclés.

Rien de plus simple par conséquent que l'abord du cul-de-sac. Pas d'organe important de voisinage à éviter, pas de pièce essentielle de l'articulation à compromettre, une simple boutonnière cutanéotendineuse à créer.

Donc le bistouri traversera couche par couche,

pour arriver au cul-de-sac, peau, aponévrose fémorale, tendon du quadriceps, synoviale.

L'incision cutanée de deux doigts, verticale, médiane, sera menée en allant de haut en bas jusqu'à un centimètre du bord supérieur de la rotule.

Une fois le tissu cellulaire franchi, on attaquera vite l'aponévrose fémorale et le tendon du quadriceps sera découvert. Là il faudra quelque attention pour passer entre les fibres du tendon et maintenir son incision bien verticale, rigoureusement parallèle aux dites fibres. L'attaque du tendon se fera à peu près sur la même hauteur que celle de la peau. En pratique, il faut pouvoir avec facilité introduire à travers la boutonnière tendineuse l'index explorateur.

Il n'y a pas de temps spécial pour l'ouverture de la synoviale. Le feuillet séreux très mince adhère toujours au tendon et, dès que celui-ci est incisé, on pénètre dans l'articulation.

L'opération facile à répéter sur le cadavre l'est encore bien plus sur un malade atteint de pyarthrose. Dans ce cas l'article est distendu, le cul-de-sac sous-quadricipital est gonflé, nettement destiné et s'offre de lui-même, pour ainsi dire, au bistouri évacuateur.

Les points de repère diffèrent alors suivant les cas. Le cul-de-sac, plus ou moins distendu, remonte plus ou moins haut. Il peut y avoir une rupture de celui-ci et un commencement d'abcès intra-quadricipital. Il faut avoir soin de toujours faire porter l'incision au point supérieur de la distension, de façon à ne pas laisser de clapier intra-musculaire.

Une fois l'articulation ouverte, le pus s'échappe avec force, le doigt introduit dans l'article facilite sa sortie en entraînant les grumeaux et les débris sphacelés qui peuvent être mêlés à l'épanchement.

Faut-il laver ? Dans la généralité des cas, M. le professeur Jaboulay estime cette conduite inutile, même comme simple manœuvre de détersion; si toutefois le pus avait un caractère putride très marqué, on pourrait avec avantage faire passer dans la jointure un liquide modificateur, du permanganate de potasse, la solution iodo-iodurée de Tarnier, ou mieux encore, de l'eau oxygénée qui, non seulement est un modificateur, mais entraîne à merveille dans sa mousse abondante les menus corps étrangers de la suppuration.

Le cul-de-sac a été ouvert, l'articulation vidée et détergée, il faut drainer.

On draine avec un gros tube de caoutchouc de la dimension du petit doigt au moins. Les parois sont épaisses et résistantes, de façon que la lumière ne reste pas béante, malgré la pression exercée sur lui par les parties molles articulaires, et surtout par la boutonnière du tendon quadricipital.

On conduira le tube jusqu'à l'un ou l'autre des culs-de-sac latéro-rotuliens sans l'enfoncer davantage. Il ne faudra jamais chercher à l'enfoncer sous la rotule, car la place manque entre cet os et le fémur, et le drain comprimé entre ces deux surfaces rigides ne fonctionnerait plus.

Faut-il mettre un ou deux drains ? Il semble séduisant, *a priori*, d'en mettre deux, un dans chaque

cul-de-sac latéral, de façon à drainer l'un et l'autre. Mais il semble que, cliniquement, un seul tube suffise. M. le professeur Jaboulay n'en met qu'un et s'en trouve bien. D'ailleurs, en raison du diamètre que doit présenter le tube, deux drains distendraient d'une façon trop considérable la boutonnière tendineuse ; il pourrait en résulter, pour plus tard, des raideurs, voire des amyotrophies qu'il convient d'éviter.

Il nous reste à parler d'une manœuvre dont l'adjonction est indispensable au drainage sous-quadricipital, pour que cette méthode soit réellement efficace. C'est l'élévation permanente du membre inférieur à 45°.

L'opération est achevée, le pansement fait, une demi-gouttière plâtrée postérieure a été mise en place ; on ramène le malade dans son lit. Il faudra alors, au moyen de coussins soigneusement disposés, élever le membre inférieur au voisinage de 45°. Un vaste cerceau soulèvera les couvertures d'une façon suffisante pour que leur poids ne pèse pas sur le membre ainsi élevé.

Il faudra avoir soin, pendant tout le temps que durera la suppuration, de maintenir cette position.

Par cette méthode le cul-de-sac sous-quadricipital du genou devient le point déclive de cette articulation, et tous les liquides articulaires sollicités par la pesanteur ont une tendance naturelle à s'échapper par cette voie qui leur est largement ouverte.

On satisfait ainsi à la grande loi de l'incision et du drainage des collections purulentes.

Un autre avantage résultant de l'élévation permanente du membre inférieur, c'est le relâchement du muscle quadriceps dont les insertions sont rapprochées. De cette façon, le tendon du quadriceps n'est plus tendu. Les lèvres de la boutonnière tendineuse, lâches autour du drain interposé, ne le compriment pas.

CHAPITRE IV

Expérimentation

Dans le but de vérifier la valeur du drainage de l'articulation du genou par le seul cul-de-sac sous-quadricipital, nous avons fait les expériences suivantes sur le cadavre.

Deux séries de genoux d'adultes, de trois chacune, ont été distendus par une injection.

Les genoux de la première série ont été injectés avec de l'eau colorée à la fuschine; ceux de la seconde, avec un liquide ayant les caractères physiques du pus. Nous nous sommes servi, pour imiter celui-ci, d'un mélange d'huile, de gomme et d'eau. Cette mixture bien battue et bien émulsionnée, présentait assez bien la consistance épaisse, crémeuse du pus louable; un peu de carmin fut ajouté pour colorer l'injection et rendre plus facile le travail ultérieur de vérification.

Dans la première série, nous avons voulu nous

placer dans les conditions d'un épanchement articulaire séreux, de l'hydarthrose ; dans la seconde, d'un épanchement purulent, de la pyarthrose.

Le liquide a été injecté dans l'articulation, au moyen d'un trou percé dans la rotule, par le procédé couramment employé pour les préparations anatomiques.

L'injection a été poussée fortement, de façon à la faire pénétrer dans tous les replis de la synoviale et pour bien distendre l'article.

La quantité moyenne de liquide injecté a varié de 80 à 100 centimètres cubes.

Une fois l'injection poussée, on retirait la canule de la seringue et on la remplaçait par un petit bouchon.

Les articulations injectées présentaient toutes les mêmes caractères : gonflement régulier sur tous les points, cul-de-sac quadricipital nettement dessiné, bombant fortement au-dessus de la rotule.

Une fois les injections faites, nous avons drainé les six genoux par le cul-de-sac sous-quadricipital. Dans tous les cas, celui-ci communiquait largement avec l'articulation. Deux fois seulement nous avons reconnu la présence d'un léger étranglement à deux ou trois centimètres du pôle supérieur.

L'incision a toujours été faite à la partie la plus élevée du cul-de-sac sur une longueur de trois centimètres environ, de façon à pouvoir facilement introduire l'index pour explorer l'article.

Immédiatement après l'incision le liquide injecté sortait avec force. On pratiquait, pendant deux ou trois minutes l'expression de la jointure. On procédait ensuite au drainage. Celui-ci a été pratiqué deux

fois avec un seul drain mis indifféremment à gauche ou à droite de la rotule, quatre fois avec deux drains mis de part et d'autre de celle-ci. Les drains employés étaient en caoutchouc rouge semi-rigide, de la grosseur du petit doigt. Il nous a semblé préférable de drainer sur les côtés de la rotule plutôt qu'entre cet os et le fémur pour éviter l'aplatissement du tube dans l'espace resserré qui existe entre ces deux os.

L'articulation étant ainsi traitée, on inclinait la jambe à 45° au-dessus de l'horizontale, un récipient était disposé au-dessous des tubes de drainage. Le sujet était laissé vingt-quatre heures en place.

La quantité de liquide recueillie au bout d'un jour a été faible pour nos six sujets : le cinquième environ de ce qui s'était écoulé immédiatement après l'incision.

Nous avons ouvert les six genoux au bout des vingt-quatre heures de drainage de la façon suivante : on a fait d'abord l'arthrotomie bilatérale rétro-condylienne, celle que Jalaguier décrit dans sa thèse sous le nom de procédé de Kaufmann, et qui correspond aux incisions de décharge pour la résection d'Ollier. Cette arthrotomie correspond, pour cet auteur, aux points déclives de l'articulation, le membre étant sur le plan du lit dans le décubitus horizontal.

Eh bien ! dans aucun de nos six cas, nous n'avons pu par ces incisions faire écouler une quantité vraiment appréciable du liquide injecté.

Une fois cette constatation faite, nous avons systématiquement désarticulé.

Dans tous les cas l'injection colorée avait pénétré

partout, dans tous les coins et recoins de la synoviale. De l'eau fuschinée, il ne restait presque rien, à peine quelques gouttes ici et là ; la synoviale était uniformément teinte par la matière colorante. La mixture puriforme avait laissé sur toutes les surfaces endo-articulaires, un mince enduit adhésif s'enlevant bien par le raclage au bistouri ; cet enduit était un peu plus épais à la partie postérieure de l'articulation, mais il n'y avait pas de rétention véritable, pas de clapiers.

En somme, drainage moins parfait que pour l'eau colorée, mais néanmoins très satisfaisant.

Nous pouvons conclure, pensons-nous, de ces quelques expériences en faveur du drainage de l'articulation du genou par le cul-de-sac sous-quadricepsital. Joint à l'élévation à 45° de la jambe il a évacué d'une façon vraiment efficace les liquides articulaires, de densités diverses.

CHAPITRE V

Preuves cliniques

Nous rapportons deux observations d'arthrite suppurée du genou, traitées et guéries par le drainage sous-quadricepsal exclusif. Ce sont nos observations I et II.

La première due très vraisemblablement à un point d'ostéomyélite de l'extrémité inférieure du fémur se rapporte à un homme jeune dont l'état général était très grave. Nul doute qu'on eut opposé ailleurs à cette arthrite l'arthrotomie large avec les longues incisions latérales et postéro-latérales.

Et cependant même avec le retard apporté à l'opération par le mauvais vouloir du malade, celui-ci a guéri et bien guéri en 15 jours. Le malade est parti trop tôt pour qu'on ait pu vérifier l'état fonctionnel de sa jointure. L'adresse de l'opéré ayant été soigneusement gardée, nous lui avons écrit ; avec la négligence habituelle des gens de la campagne vis-à-vis

des choses épistolaires, il a négligé de nous répondre.

Nous ne pouvons donc rien affirmer au point de vue de l'ankylose, ni pour, ni contre.

Notre seconde observation se rapporte à une jeune femme atteinte d'arthrite blennorragique suppurée. Là encore et en dépit de la bénignité habituelle *quoad vitam* des suppurations gonococciennes on avait à faire à un état sérieux. On a fait cependant la simple incision du cul-de-sac et la malade a rapidement guéri.

Ici nous sommes renseigné sur les fonctions de l'articulation et si nous ne pouvons pas porter un jugement définitif sur elles, au moins pouvons-nous dire qu'elles sont en bonne voie de retour et que tout fait prévoir leur rétablissement satisfaisant.

Citons à la suite de ces deux observations les témoignages précieux de deux de nos maîtres, témoignages basés sur des souvenirs cliniques que nous ne pouvons malheureusement pas préciser par des observations méthodiquement rédigées.

Voici d'abord l'avis de M. le professeur Maurice Pollosson. « Pour lui beaucoup d'arthrites suppurées du genou sont justiciables de l'ouverture du seul cul-de-sac sous-quadricepsal. Les formes bénignes de l'adulte et surtout de l'enfant, les formes moyennes guérissent bien par ce procédé, qu'il leur a appliqué un certain nombre de fois. Dans les formes graves, septiques, avec état général très alarmant il a fait et ferait les deux incisions latérales retro-condyliennes. Mais cette arthrotomie lui a généralement donné de mauvais résultats ; les malades sont morts pour la

plupart. Ce n'est pas une arthotomie, quelle qu'elle soit, qui peut les sauver ; seule l'amputation haute, précoce de la cuisse peut arriver à conjurer la gravité très grande de ces formes malignes. »

M. le professeur agrégé Auguste Pollosson se rappelle nettement avoir drainé des arthrites purulentes du genou par le cul-de-sac sous-quadricipital seulement. Il en a obtenu de bons résultats.

CHAPITRE VI

Indications.

Nous avons fait connaître ailleurs la classification actuellement admise des arthrites suppurées. Nous allons nous servir maintenant de ce classement pour voir celles des arthrites du genou auxquelles notre méthode peut être opposée avec avantage.

La première classe est celle des arthrites traumatiques.

Nous pensons, bien que nous ne puissions pas apporter d'observation probante à l'appui, qu'il sera avantageux d'ouvrir le cul-de-sac sus-rotulien dans ces cas dès qu'il y aura menace de suppuration, sans préjudice de l'action désinfectante locale que l'on devra toujours exercer sur la porte d'entrée de l'infection. On devra donc agrandir les piqûres, coupures, les déterger soigneusement, enlever les corps étrangers et se garder de toute réunion hâtive.

Ce sont là des précautions indispensables qu'il faudra prendre dès la première heure.

L'incision sus-rotulienne réussira, croyons-nous, dans les formes moyennes et légères d'infection traumatique du genou. Elle réussira aussi bien et drainera d'une façon aussi efficace que l'arthrotomie large tout en faisant moins de dégâts. Nous reprendrons d'ailleurs ce parallèle au chapitre suivant.

Quant aux formes septiques d'emblée, succédant à des infections particulièrement virulentes, peu d'espoir sera permis. Nous nous sommes expliqué déjà sur la gravité particulière de ces cas, où la septicémie joue un rôle primordial. Toute opération locale est condamnée d'avance, si étendue soit-elle.

Disons, toutefois, que ces faits constituent la minorité et que, la plupart du temps, le drainage judicieux qu'est le drainage sous-quadricepsal doit amener la guérison du blessé.

Nous sommes mieux renseigné sur la valeur du procédé dans les arthrites infectieuses. Nous rapportons, en effet, deux cas où il est venu à bout de la suppuration, vite et bien.

Nous ne voyons qu'une classe d'arthrites où il est indiqué de compléter l'opération par une autre intervention locale. Ce sont les cas qui succèdent à une lésion inflammatoire du membre, abcès quelconque, hygroma suppuré, point d'ostéite nettement défini, etc. Il faudra alors, en outre du drainage articulaire, s'adresser à la cause de l'infection pour la faire disparaître.

Le drainage sous-quadricipital nous paraît indiqué dans toutes les formes d'arthrites infectieuses.

Dans l'arthrite blennorragique suppurée, dans les pyarthroses de l'érysipèle, de l'état puerpéral, dans celles des fièvres éruptives, dans celles des grandes pyrexies, pneumonie, fièvre typhoïde, on ouvrira le cul-de-sac sus-rotulien.

Nous avons dit, au chapitre de la classification des arthrites infectieuses, que toutes ne se présentaient pas au chirurgien sous le même aspect clinique, et nous avons établi trois groupes : 1^o infection générale grave, lésion locale d'intérêt secondaire ; 2^o infection générale et lésion locale d'égale gravité ; 3^o lésion locale d'importance prépondérante.

Pour le premier groupe nous répétons ce que nous avons déjà dit : toute intervention locale est, en général, frappée de stérilité. Toutefois, dans ces graves infections à métastases multiples où de nombreuses articulations sont envahies, où les foyers purulents se multiplient, notre procédé trouvera encore, croyons-nous, son application. Il la trouvera à cause de sa simplicité, de sa bénignité. Et, même en désespoir de cause, il faudra l'appliquer.

Pour les deuxième et troisième formes l'hésitation n'est plus permise, et c'est d'emblée et d'urgence qu'il faudra faire l'incision sus-rotulienne.

CHAPITRE VII

Critique des autres méthodes. — Parallèle.

Il nous reste à mettre en parallèle notre méthode avec les opérations proposées contre les pyarthroses du genou, et à faire la critique de ces interventions.

Passons-les donc en revue :

La ponction est une méthode simple, faisant un minimum de dégâts. Elle est efficace dans quelques cas, mais ces cas sont restreints.

De même que la thoracentèse ne peut guérir la plupart des empyèmes pleuraux et que l'incision et le drainage d'un espace intercostal sont généralement nécessaires pour mener à bien leur guérison, de même la ponction nous paraît une méthode d'exception à opposer aux pyarthroses du genou.

L'arthrotomie large, latérale et postéro-latérale, est l'opération en faveur. Elle a pour elle la brillante statistique de Jalaguier. Elle sauve les malades, c'est incontestable, mais ne compromet-elle pas leur

articulation ? Jalaguier rapporte 50 o/o de guérisons sans ankylose. Nous pensons que les bonnes guérisons seraient encore plus fréquentes si l'opération était plus conservatrice des organes de soutien et de contention de l'articulation. Les incisions latérales intéressent la capsule dans toute sa hauteur; elles doivent passer au-devant des ligaments latéraux, mais souvent l'opérateur ne peut les éviter et leur lésion doit être fréquente. Quant aux incisions postérieures du procédé de Kaufmann, elles doivent exercer, sur les muscles entre lesquels elles passent, une action amyotrophique dont il faut tenir compte.

Voici d'ailleurs ce qu'Ollier dit dans le tome III du *Traité des Résections*, p. 253, au sujet des délabrements indispensables, selon lui, à apporter aux ligaments. Il s'agit, bien entendu, du manuel opératoire de l'arthrotomie dans les arthrites infectieuses du genou :

« Entre les deux incisions du même côté, de l'incision antéro-latérale à l'incision postéro-latérale, on fait passer un drain qui est sous-synovial, intra-capsulaire, mais non interosseux. *Pour que le drain ne soit pas serré par le ligament latéral correspondant, on débride les attaches ligamenteuses avec un bistouri boutoné agissant de dedans en dehors.* »

Nous n'insistons pas sur le défaut de solidité latérale, sur la laxité articulaire considérable qui doivent résulter de cette pratique, jugée nécessaire par le maître de la chirurgie articulaire.

L'ankilose dans ces conditions ne devient-elle pas préférable ?

Les gros drains passés à frottements serrés sous la rotule, d'une incision latérale à l'autre, ceux passés des incisions latérales aux postéro-latérales exercent aussi une action ankylosante manifeste.

Jalaguier en convient d'ailleurs, quand il conseille de les enlever rapidement.

« L'étude des observations nous montre, dit-il, que tous les cas, presque sans exception, dans lesquels l'ablation des drains a été retardée, se sont terminés par ankylose, tandis qu'un mode de guérison beaucoup plus favorable a été obtenu par ceux dans lesquels la suppression a été précoce. »

Nous pensons que les incisions multiples ne sont pas indispensables au bon drainage de l'articulation et que, en dépit des expériences classiques de Jaschke, le drainage par le cul-de-sac supérieur joint à la position déclive, assurent suffisamment l'issue des liquides articulaires.

Puis viennent les opérations qui s'attaquent de propos délibéré aux organes articulaires eux-mêmes : synoviale, ligaments, cartilages, extrémités osseuses, la synovectomie, l'arthrectomie, la résection.

De la synovectomie et de l'arthrectomie, nous ne pouvons guère juger. Ce sont des opérations nouvelles qui n'ont pas encore un grand passé à leur actif.

La résection a été opposée aux formes graves des arthrites suppurées. Voici ce qu'en dit Ollier, avec quelles réticences on le verra, à la page 284 du tome III des *Résections*.

« Si donc, l'on constate des dénudations des cartilages, des érosions et des points nécrosés, il vaut mieux faire de suite la résection typique qui sera le meilleur des drainages. La résection, pratiquée au milieu d'un foyer purulent, sera faite dans les conditions défavorables pour la réunion des os ; la désinfection de la plaie opératoire et des foyers périphériques sera difficile et, malgré les nombreux pansements qu'on pourra faire dans les premiers jours, on ne sera pas sûr de réussir. Aussi, quand on trouvera des altérations osseuses diffuses et profondes, fera-t-on mieux d'en venir immédiatement à l'amputation. »

La lecture des observations publiées confirme l'avis d'Ollier sur les mauvais résultats de la résection.

De deux choses l'une, ou l'opération est faite d'une façon précoce dans des arthrites traumatiques, dans lesquelles la suppuration est à peine ébauchée, l'état général relativement bon, ou bien elle est faite plus tard en pleine période suppurative.

Les cas correspondants à la première catégorie sont les plus rares ; ce sont eux qui s'accompagnent de guérison. On se demande si elle ne serait pas survenue avec des procédés moins radicaux.

Quant aux cas de la seconde catégorie, on voit qu'ils donnent des résultats peu satisfaisants. Tantôt les malades sont morts après une suppuration plus ou moins longue, tantôt il a fallu pour les délivrer des phénomènes septiques graves liés à l'opération, les amputer secondairement, tantôt enfin ils ont

guéri avec leur membre au prix d'une suppuration prolongée et d'opérations itératives.

C'est qu'aussi bien la résection ouvre de larges surfaces d'ensemencement à l'infection. Rien n'absorbe comme le tissu spongieux intrà-osseux, et l'on comprend que par cette éponge baignant dans les sécrétions septiques, les germes puissent facilement pénétrer dans le torrent circulatoire et engendrer la septicémie. De plus, les incisions et les délabrements occasionnés par la résection ensemencent tout autour de l'articulation les germes pyogènes, ce qui explique la ténacité de la suppuration après la résection faite dans ces conditions.

Pour l'amputation, nous répéterons ce que nous avons déjà dit. On la fait en désespoir de cause là où les autres méthodes ont échoué. C'est dire que ses indications sont rares ; bien rares aussi sont ses succès.

C'est une méthode qui ne s'oppose pas à la nôtre.

Nous en avons fini avec l'exposé critique des opérations faites sur les genoux atteints d'arthrite suppurée chaude.

A la ponction fréquemment insuffisante, à l'arthrotomie délabrante, à la résection trop souvent meurtrière, nous opposons l'opération simple et efficace faite par M. le professeur Jaboulay.

Son manuel opératoire est succinct ; c'est une ouverture d'abcès. Elle ménage tous les organes essentiels de l'articulation : capsule, ligaments. Combinée à la position déclive du membre, elle draine efficacement la jointure aussi bien et à moins de frais que

l'opération de choix actuelle, l'arthrotomie latérale.

Pour toutes ces raisons, l'ankylose doit être l'exception.

Nous n'apportons à l'appui du procédé que 2 faits cliniques. Nous ne doutons pas que d'autres ne viennent bientôt l'étayer.

DEUXIÈME PARTIE

LES ABCÈS ARTHRIFLUENTS DU GENOU

La suppuration de la cavité articulaire du genou tend, dans certaines conditions, à se faire jour à l'extérieur, à l'instar des suppurations de toutes les cavités closes. Ce fait a été observé et signalé depuis longtemps par les auteurs. Pour ne citer que quelques noms, Gilles de la Tourette dès 1785, Guincourt en 1810 et, plus près de nous, Chassaignac, Kœnig, en parlent à propos des complications de l'arthrite suppurée du genou. Les traités classiques en disent quelques mots.

Citons aussi une monographie d'Albert de Vienne sur les abcès périarticulaires, et une observation isolée de Klein.

Enfin, en 1895, Thibaudet a consacré sa thèse à la monographie des « abcès sous-tricipitaux dus aux arthrites purulentes du genou ». Il y relate des observations que nous avons reprises, notamment deux appartenant à M. le professeur Jaboulay.

Cette complication est-elle fréquente ? Oui, répondons-nous sans hésiter. Nous en publions 7 observations, dont deux inédites, et nous ne comptons pas dans ce nombre nos deux observations de suppuration articulaire traitée par le drainage sous-quadricipital proprement dit ; cependant, dans les deux cas, il y avait une rupture de cul-de-sac sus-rotulien et un début d'abcès extra-articulaire. Les sept observations datent toutes de la période antiseptique et nous avons rigoureusement excepté celles, trop nombreuses, qui appartiennent au temps des suppurations chirurgicales.

Il semble que la cause de la suppuration articulaire importe peu. Toutes les pyarthroses à grand épanchement quelle soit leur origine, peuvent se compliquer de rupture de la synoviale et de fusées extra-articulaires.

Dans les arthrites traumatiques, une exception doit être faite entre celles qui sont consécutives à un coup d'instrument tranchant et celles qui succèdent à une piquûre. Les premières sont le plus souvent drainées par la plaie causale elle-même et l'épanchement acquiert rarement de la tension. Encore faut-il que la solution de continuité ait une certaine largeur. Les secondes au contraire ne se drainent pas ou mal par l'orifice de pénétration de l'instrument vulnérant et se comporte alors comme les pyarthroses fermées des infections métastatiques.

Toutes les arthrites infectieuses payent leur tribut à la complication.

Celle-ci est liée à l'intensité de la virulence des

agents pyogènes qui semblent la produire indifféremment quelle que soit leur nature.

La synoviale étant fortement distendue par le pus, où se fait la rupture ?

Elle se fait avec une remarquable fréquence au niveau du cul-de-sac sous-quadricipital. Dans nos observations parmi lesquelles on peut comprendre, pour ce point spécial, nos observations I et II d'arthrite suppurée, la rupture s'est faite 8 fois au niveau du cul-de-sac sous-quadricipital, une fois sur la face latérale externe. Cette proportion de 8 cas sur 9 donne une moyenne de 88 o/o. C'est dire que cette localisation est la règle. Aussi bien l'aurons-nous presque exclusivement en vue dans toutes nos descriptions.

Il existe pour expliquer cette fréquence des raisons anatomiques connues. Le feuillet séreux du cul-de-sac est très mince surtout à sa partie supérieure. Il n'est pas doublé comme sur les autres points de l'articulation par une capsule résistante. C'est donc bien le point faible de la synoviale. Schwartz l'a démontré expérimentalement. Il a injecté de l'huile sous une pression de 40 à 90 centimètres de mercure dans 14 genoux. Dans les 14 expériences c'est le cul-de-sac sous-quadricipital qui s'est toujours rompu.

Cette notion est, d'ailleurs, établie en clinique. Kœnig disait déjà à ce sujet :

« Avant que le pus ne se fasse jour à travers les tissus, il tend le plus souvent à perforer la capsule au point de moindre résistance, c'est-à-dire au niveau de la bourse sous-tricipitale pour se répandre

plus haut dans la cuisse. Dans certains cas, on a pu voir le pus arriver jusqu'au voisinage de l'articulation de la hanche. »

La rupture du cul-de-sac ne se fait pas sous l'influence de la seule distension articulaire. Le pus, liquide animé, attaque la synoviale, compromet sa vitalité; amincie peu à peu elle finit par se rompre sous une pression qui, au début, aurait été insuffisante à la crever.

Quand la synoviale cède en un autre point que le cul-de-sac sous-rotulien, c'est que, généralement, il existe quelque cause locale d'affaiblissement de la capsule : hygroma prérotulien suppuré préexistant, point d'ostéite tibial ou fémoral. Notre observation XII, tirée de la thèse de Deshayes, en est un bel exemple. Il s'agit d'une arthrite due à un hygroma suppuré prérotulien. L'articulation s'ouvrit spontanément au côté externe du tendon rotulien, en un point certainement affaibli par la suppuration première.

Nous rapportons d'ailleurs ce cas, à titre purement documentaire, sans le faire entrer dans l'ensemble de nos faits d'abcès arthrifluents. Il n'y a pas eu là, en effet, d'abcès secondaire à une arthrite suppurée, c'est tout le contraire qui s'est passé.

Les faits d'abcès arthrifluents se ressemblent en général, et voici comment les choses se passent ordinairement. Une arthrite suppurée se déclare, l'articulation se tend de plus en plus, les culs-de-sac, le sous-quadriceps surtout se dessinent fortement. Les douleurs sont très violentes, lancinantes

le plus souvent. Puis il se produit assez brusquement une rémission partielle de celles-ci. Si l'on examine le membre à ce moment, on peut constater que la tuméfaction constituée par le cul-de-sac sus-rotulien se prolonge du côté de la cuisse, d'une façon beaucoup plus appréciable que les jours précédents. Si une intervention n'est pas pratiquée, la cuisse augmente de plus en plus de volume, d'abord dans sa partie inférieure, puis dans des segments de plus en plus rapprochés de la racine, si bien que toute la moitié antérieure de la cuisse, du genou au pli de l'aîne, peut-être occupée par un vaste abcès intramusculaire. C'était le cas dans notre observation III.

La marche de ces abcès intra-quadricepsaux est donc bien particulière. Ils ne tendent pas à s'ouvrir à la peau d'une façon précoce. D'emblée intra-musculaires, ils le sont jusqu'au bout de leur évolution. Ecartant progressivement les fibres musculaires, ils cheminent de proche en proche dans l'intérieur du muscle.

Le diagnostic sera facile en général. Les antécédents mettront d'abord sur la voie. On apprendra qu'à la suite d'un traumatisme ou dans le décours d'une maladie pyogène quelconque le malade a souffert du genou, que les douleurs ont été très vives, etc., puis que l'inflammation a envahi la cuisse de bas en haut.

On décèlera facilement la suppuration profonde par l'enflure en masse de toute la face antérieure de la cuisse, l'empâtement et la rougeur des plans su-

perficiels; il y aura souvent de la fluctuation profonde, rarement superficielle.

Les douleurs spontanées et provoquées seront assez vives sur toute l'étendue de la cuisse ainsi qu'au niveau de la jointure. Il y aura des symptômes généraux de fièvre, de la température 39°, 39°5, quelques frissons, une langue saburrale, etc.

Le pronostic des abcès arthrifluents, et notamment des abcès intra-quadriceps, était très grave autrefois. C'était l'avis de Chassaignac. A l'heure actuelle, grâce aux ressources de l'antisepsie, on est revenu à des idées moins sombres, bien qu'on estime en général ce pronostic assez sérieux. C'est notamment l'avis émis par Thibaudet dans sa thèse.

Il convient d'examiner ce pronostic au point de vue vital d'abord, au point de vue fonctionnel ensuite.

Dans nos sept observations d'abcès arthrifluents proprement dits, nous n'avons pas de mort.

Au point de vue vital, nous pouvons donc dire que l'abcès arthrifluent n'est pas d'un mauvais pronostic. M. le professeur Jaboulay estime même que, à ce point de vue, ces abcès comportent en général un bon pronostic, car la suppuration prolongée indique de la part de l'organisme une résistance efficace aux germes pathogènes.

Le pronostic fonctionnel est bien différent. Sur sept cas, nous comptons une amputation secondaire, trois ankyloses, un cas avec retour des mouvements, deux faits sans renseignements sur les fonctions. Si nous éliminons ces deux derniers cas, où l'on ne peut conclure ni dans un sens ni dans l'autre, il

nous reste un seul cas heureux pour quatre malheureux. La proportion est écrasante au détriment du retour des fonctions. Ceci se comprend facilement. Ces abcès arthri-fluents mettent un certain temps à se produire. Pendant cette longue évolution, l'articulation se désorganise, les cartilages s'érodent, les os eux-mêmes sont attaqués par place, les ligaments s'altèrent, la synoviale épaissie prolifère et bourgeonne. Si bien que, lorsque le chirurgien vient entamer la lutte avec le mal, il est le plus souvent trop tard, et la fonction articulaire est perdue en général.

Quel traitement doit-on opposer aux abcès arthri-fluents ?

Autrefois, on ne voyait qu'une solution au problème : c'était le sacrifice du membre.

Témoin cecas de Richard, rapporté par Lagrange, dans son article du traité. Le malade avait le genou droit rempli de pus du fait d'une arthrite blennorrhagique; la synoviale trop distendue se rompit au niveau du cul-de-sac sous-tricipital, et toute la partie inférieure de la cuisse fut infiltrée par le liquide articulaire. On fit l'amputation.

On est moins radical aujourd'hui.

Le traitement de choix préconisé par Thibaudet, c'est l'incision de l'abcès et l'arthrotomie. Il en rapporte trois faits. Deux appartiennent à M. le professeur Jaboulay, dont la conduite opératoire a changé depuis la publication de ces faits. Il y eut deux bons résultats et, dans le troisième cas, on dut secondairement amputer la cuisse, ce qui sauva le malade.

Monsieur le professeur Jaboulay préconise, à l'heure

actuelle, une méthode plus simple. Il incise simplement l'abcès à sa partie supérieure, l'évacue et place un drain. Aucune intervention n'est pratiquée sur l'articulation elle-même. L'opération faite, le membre est élevé à 45°, s'il s'agit d'un abcès sous-quadricepital.

C'est, en somme, la méthode du drainage sous-quadricepital du genou appliquée à ce cas particulier.

Nous rapportons deux faits où M. Jaboulay a agi de la sorte. Une fois, c'est l'observation III de notre thèse, il s'agissait d'un abcès intra-quadricepital. Une autre fois, c'était un abcès arthrifluent de la face externe du genou qui était en cause ; nous relatons le cas dans notre observation IX.

Dans les deux cas, la guérison est survenue, une fois sans ankylose, l'autre fois, avec un résultat fonctionnel ignoré.

Nous avons trouvé deux observations où une conduite analogue à celle de M. Jaboulay, incision de l'abcès sans intervention articulaire a été suivie, l'une dans le travail de Thibaudet ; l'autre dans la thèse de de Lapersonne. L'ankylose est survenue dans les deux cas.

Nous publions aussi, quoique ne se rapportant pas directement à notre sujet, une observation d'arthrite de l'épaule, avec abcès arthrifluent, opérée par M. Jaboulay.

Il s'agissait d'un abcès arthrifluent développé le long du tendon du biceps.

L'arthrite était de nature pneumococcienne.

M. Jaboulay incisa l'abcès bicipital sans intervenir

sur l'articulation. La guérison survint sans incident. Nous n'avons pu connaître le résultat fonctionnel.

On le voit donc, l'incision pure et simple des abcès arthrifluents liés aux suppurations chaudes des articulations, est efficace. Il y a loin de cette intervention minime, mais rationnelle, à l'amputation systématique exigée par la chirurgie de nos pères.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Obs. de M. le professeur JABOULAY (inédite). Due à l'obligeance de notre collègue et ami, le Dr Maurice Patel. —

ARTRITE PURULENTE DU GENOU, D'ORIGINE STAPHYLOCOCCIENNE (OSTÉOMYÉLITE DE L'EXTRÉMITÉ INFÉRIEURE DU FÉMUR, SUPPOSÉE, MAIS NON VÉRIFIÉE). — PYARTHROSE ABONDANTE. — DISTENSION ÉNORME DE LA SYNOVIALE. — RUPTURE DE CELLE-CI A LA PARTIE SUPÉRIEURE. — PETIT ABCÈS INTRA-MUSCULAIRE CONSÉCUTIF. — ÉTAT GÉNÉRAL GRAVE. — OUVERTURE DE L'ARTICULATION PAR LE SOMMET DU CUL-DE-SAC QUADRICIPITAL. — DRAINAGE. — GUÉRISON.

C...V., âgé de 23 ans, cultivateur, entre le 31 janvier 1900, dans le service de M. Jaboulay, salle St-Louis, pour une affection non traumatique du genou droit datant de huit jours.

Ses parents sont tous deux morts d'accident ; un frère bien portant. Personnellement, il n'a pas eu de maladie dans l'enfance, pas de signes de scrofule ; il a toujours joui d'une excellente santé. Il n'a jamais eu de maladie vénérienne.

Il y a huit jours, sans cause connue, l'articulation du genou droit devint subitement très douloureuse ; la marche

fut impossible dès le début ; son genou se tuméfia, devint un peu rouge. L'état général fut peu atteint ; il y eut cependant une certaine réaction fébrile, avec embarras gastrique prononcé. Rien, à l'interrogatoire, ne put faire soupçonner l'existence d'une affection infectieuse antérieure.

A son entrée, le malade a un genou très volumineux ; les méplats et saillies sont effacés ; la peau est un peu vascularisée. A la palpation, œdème des plans superficiels, la synoviale est très distendue ; les culs-de-sac sous-quadricipitaux sont occupés par une collection énorme ; la palpation est très douloureuse ; la fluctuation très nette ; la rotule est mobile ; on ne peut pas obtenir le choc rotulien. Les insertions musculaires sont intactes ; les ligaments sont normaux, non douloureux. La pression au niveau des extrémités osseuses ne révèle pas de points spécialement douloureux, de même, le refoulement du plateau tibial contre les extrémités condyliennes.

Pas d'atrophie musculaire du membre inférieur correspondant. Pas de ganglions inguinaux.

La température est de 38°9, il n'y a pas d'albuminurie, pas de signes pulmonaires.

Une intervention est proposée au malade qui refuse.

Le diagnostic se posait surtout avec l'arthrite blennorrhagique ; le malade n'avait jamais eu d'écoulement ; le mucus, ramené par pression au niveau du méat a été examiné plusieurs fois : on n'y a jamais trouvé de gonocoques.

Dans un autre ordre d'idées, en examinant le pied et la jambe, on ne trouvait aucune porte d'entrée ; pas d'écorchure, pas d'ampoule ulcérée. Le diagnostic porté fut celui de pyarthrose consécutive à une ostéomyélite de l'extrémité inférieure du fémur.

Les jours suivants, l'état général s'aggrave ; le faciès est terreux ; localement, on ne constate que peu de modifications, sinon que l'épanchement augmente et remonte plus haut ; le cul-de-sac sous-quadricipital se distend de plus en plus.

Le 3 février 1900, le malade accepte l'intervention.

Ouverture à six centimètres au-dessus de la rotule, à travers les fibres du tendon du quadriceps, du cul-de-sac sous-crural ; on tombe d'emblée sur une vaste collection ; il s'échappe près de deux verres de pus louable ; on pénètre dans l'articulation et on constate que le cul-de-sac sous-quadricipital a été rompu, qu'il s'est formé une fusée purulente extra-articulaire ; c'est elle qui a été ouverte en premier lieu. Les os paraissent intacts, mais leur exploration a été très incomplète.

Drainage avec un drain de caoutchouc ; mise en gouttière ; le membre est élevé haut au-dessus du plan du lit.

L'état général est allé en s'améliorant ; quelques pansements ont suffi, l'articulation s'est asséchée complètement.

Le malade est parti, presque guéri, quinze jours après ; les mouvements du genou n'étaient pas encore revenus complètement. Pas de drainage. Plaie opératoire en bonne voie de cicatrisation

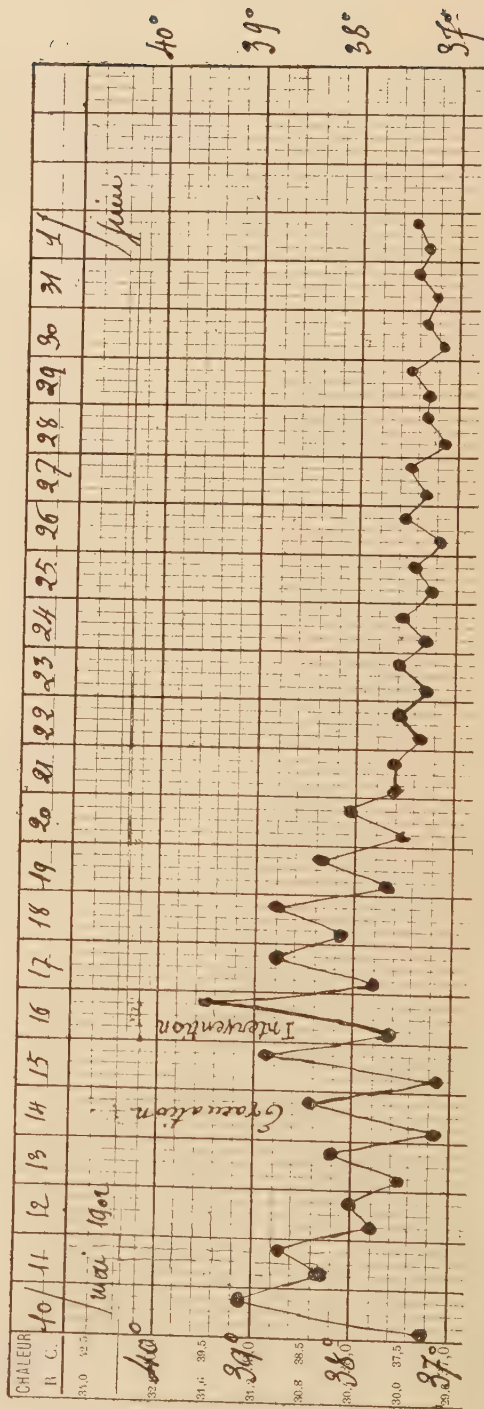
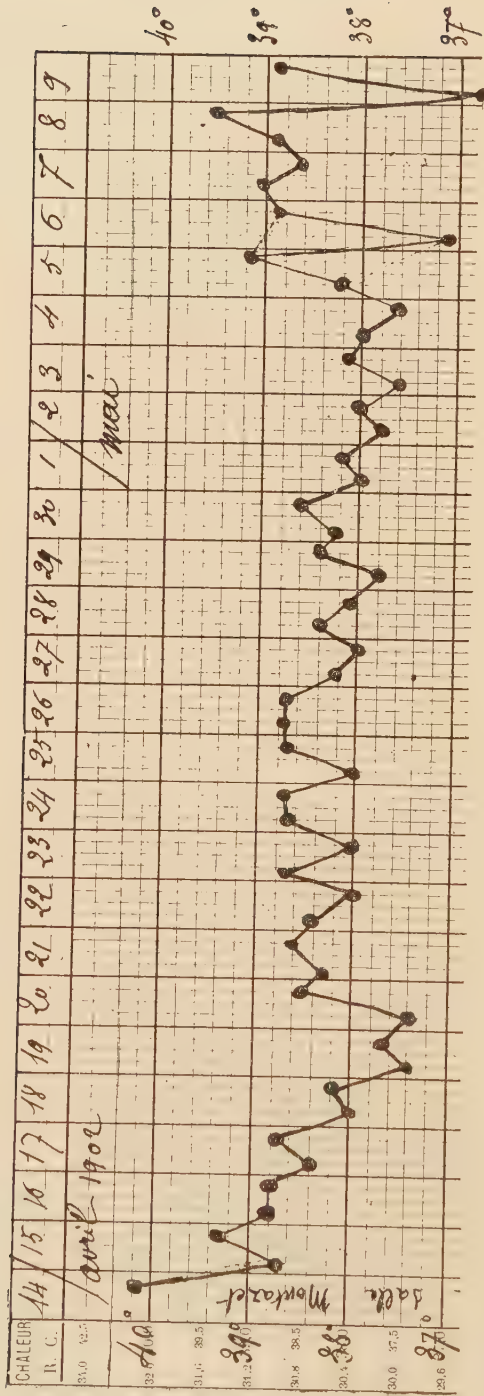
Examen bactériologique pratiqué par M. le professeur agrégé P. Courmont. A l'examen direct, on voit quelques cocci ; sur les cultures en bouillon et sur gélose, on reconnaît le staphylocoque blanc au bout de 48 heures.

OBSERVATION II

Obs. de la Clinique de M. le professeur JABOULAV, inédite, rédigée et communiquée par notre collègue et ami, le Dr Pinatelle.

ARTHRITE BLENNORRHAGIQUE SUPPURÉE DU GENOU. — GROSSE PY-
ARTHROSE. — RUPTURE INTRA-MUSCULAIRE DU CUL-DE-SAC SOUS-
QUADRICIPITAL. — INCISION ET DRAINAGE DE CE CUL-DE-SAC. —
GUÉRISON SANS ANKYLOSE.

Maria G. . . , âgée de 26 ans, domestique, entrée à l'Hôtel-Dieu, salle Montazet, le 14 avril 1902.



Ses antécédents héréditaires ou collatéraux sont nuls. Les parents sont bien portants ainsi que ses six frères ou sœurs. Rien à noter chez eux, tant au point de vue tuberculeux qu'au point de vue rhumatismal.

Personnellement, elle a toujours joui d'une bonne santé. Elle a été réglée de bonne heure à 9 ans 1/2 ; ses règles ont toujours été régulières.

Elle n'a jamais eu de fausse-couche ni d'enfant.

Elle n'a jamais souffert du ventre. Pas d'antécédents personnels concernant la tuberculose ; pas d'abcès froids, pas de bronchites à répétition, pas de pleurésie.

Pas de rhumatisme, jamais de douleurs au niveau des articulations.

Elle est sujette à des pertes blanches, claires et indolores depuis l'enfance. Ces pertes n'ont jamais inquiété la malade.

Elles ont changé brusquement de caractère depuis le 1^{er} avril. Leur couleur est devenue jaune verdâtre. Leur volume s'est considérablement augmenté. La consistance s'est faite épaisse.

En même temps survenait une sensation d'ardeur désagréable à la vulve et au vagin et des troubles de la miction s'établissaient. Les mictions devenaient fréquentes, impérieuses ; leur début et leur terminaison étaient douloureux, cuisants. La dernière portion des urines émises étaient sanguinolente.

Tous ces phénomènes indiquaient nettement l'installation d'une *blennorrhagie* à localisation vulvo-vaginale, uréthrale et vésicale.

Peu à peu les phénomènes uréthraux et vésicaux s'amendèrent ; vers le milieu d'avril, ils avaient pris fin. Seules les pertes blanches continuèrent avec les mêmes caractères typiques.

Dans ces conditions, une nuit, brusquement, en se retournant dans son lit, la malade ressentit une douleur violente dans le genou droit. Cette douleur, une fois installée, ne cessa

jamais complètement ; elle avait pris d'emblée le caractère de constance.

Le gonflement de la jointure suivit bientôt l'apparition des phénomènes douloureux ; il fut très rapide et acquit, en quelques heures, les proportions qui devaient être notées les jours suivants.

Pas d'autres localisations articulaires.

La malade entra alors à la salle Montazet. Elle y resta un mois. Pendant ce laps de temps les douleurs ne cédèrent jamais entièrement.

On administra divers médicaments à l'intérieur : salicylate de soude, antipyrine, pyramidon. Ils échouèrent absolument. L'immobilisation dans une gouttière de fil de fer, combinée aux applications topiques de salicylate de méthyle, réussit un peu mieux. Au bout de trois semaines de séjour à l'hôpital, on appliqua un appareil plâtré. Celui-ci ne fit qu'augmenter les douleurs ressenties.

La température, de 40°2 à l'entrée, tomba, en cinq jours, à 30°5 par chutes successives. Elle remonta à 38°5 au bout de deux jours, s'y maintenant pendant dix jours avec des remissions matinales de quelques dixièmes de degré. Puis, après quelques jours d'accalmie à 37°8, 38°, on vit la courbe s'élever, le soir, à 39°, 39°5, descendre le matin à 38, 37, 37°2 faisant de la sorte de grandes oscillations. En même temps survenaient de grands frissons le soir vers sept heures.

L'état général s'était peu à peu aggravé. L'appétit était nul, la bouche et la langue sèches. Le sommeil avait disparu et les divers hypnotiques employés étaient impuissants à combattre cette insomnie.

Les douleurs avaient subi une recrudescence depuis l'apparition des grandes oscillations thermiques avec frissons ; elles revêtaient de plus, chose nouvelle, un caractère lancinant. Les plus légers mouvements déterminaient une recrudescence intolérable de la souffrance.

Le gonflement du genou n'augmentait pas beaucoup, mais remontait un peu, pourtant, au devant de la cuisse. La peau

était un peu plus rouge : on y constatait un léger œdème.

Tous ces signes accusaient nettement la transformation purulente de l'épanchement articulaire.

Ce diagnostic étant posé, une intervention sanglante s'imposait, et la malade, passant de médecine en chirurgie, était évacuée, le 14 mai 1902, dans le service de M. le professeur Jaboulay, salle St-Pierre, n° 25. Celui-ci porta le diagnostic suivant :

Arthrite blennorrhagique purulente. Rupture du cul-de-sac sous-quadricipital. Abscess péri-articulaire intra-musculaire, et décida une intervention. Celle-ci fut pratiquée le 16 mai. Une incision au bistouri fut faite à la limite supérieure de la poche fluctuante formée par le cul-de-sac sous-quadricipital distendu et l'abcès intra-musculaire dû à sa rupture. Cette incision, de 3 à 4 centimètres de longueur, verticale et médiane, donna issue à 150 gr. environ d'un liquide louche, séro-purulent, grumeleux.

Un drain en caoutchouc, de la grosseur du petit doigt, fut introduit par la plaie opératoire et glissé jusqu'au contact de la rotule.

Immobilisation dans une gouttière de fil de fer.

Élévation de tout le membre inférieur à 40° environ au-dessus de l'horizontale au moyens de coussins.

Les suites ont été très simples. En 5 jours, par bonds réguliers, la courbe thermique tombait de 39° 5 à 37° 5 et se maintenait désormais à ce chiffre.

Les douleurs cessaient complètement le jour même de l'opération. La langue et la bouche redevenaient humides, l'appétit renaissait, les nuits étaient bonnes.

Le premier pansement a été fait douze jours après l'opération. Il contenait une notable quantité de pus. Il y avait une amélioration locale considérable ; plus de tuméfaction, plus de douleurs à la palpation.

Deuxième pansement dix jours après le premier. Continuation de l'amélioration. Sécrétion de peu d'importance. On imprime quelques mouvements à l'articulation, ils n'ont

pas encore une très grande extension et sont douloureux.

Troisième pansement le 17 juin. La sécrétion était insignifiante, on supprime le drainage. Les mouvements qu'on peut imprimer à la jointure sont plus étendus et moins douloureux. Ils ont une amplitude de 30° environ.

L'état général est satisfaisant.

La malade est revue le 4 juin. Elle marche assez bien avec l'aide d'une béquille. Le genou n'est plus douloureux spontanément ou à la pression. C'est la faiblesse du membre inférieur qui entrave la marche. Les mouvements de flexion sont possibles dans une étendue de 45 degrés environ; on est arrêté par la douleur ressentie, non par un obstacle sérieux. Il y a peu d'atrophie musculaire à la cuisse. Légère laxité latérale. Tout fait présager d'ici peu le retour satisfaisant des fonctions de l'articulation.

Voici le résultat de l'examen bactériologique du liquide articulaire, examen qui a été pratiqué au laboratoire de M. le professeur Arloing, à la Faculté.

La recherche directe du gonocoque et du bacille de Koch a été négative.

Un cobaye inoculé est sacrifié au bout d'un mois. On ne trouve rien au point d'inoculation. Il y a deux ganglions lombaires, un rétro-hépatique, un trachéo-bronchique de la grosseur de petites lentilles. Ils ne sont ni indurés ni caséux; à la coupe ils offrent l'aspect du muscle de grenouille.

La rate est saine.

Un frottis de ganglion lombaire ne révèle pas de bacilles de Koch.

Cette autopsie ne permet pas de conclure à l'existence de la tuberculose. Elle l'infirme plutôt.

OBSERVATION III

(Obs. de ville de M. le professeur JABOULAY. — Inédite.)

ARTHRITE PURULENTE DU GENOU, D'ORIGINE TRAUMATIQUE. —
VOLUMINEUX ABCÈS ARTHRIFLUENT DE LA CUISSE CONSÉCUTIF. —
INCISION ET DRAINAGE DE CET ABCÈS SANS INTERVENTION SUR
L'ARTICULATION. — GUÉRISON SANS ANKYLOSE.

Garçon de 6 ans. Cet enfant s'adonnait avec passion à la gymnastique et, de ce chef, faisait de fréquentes chutes sur les genoux. Un jour, en faisant un saut périlleux, il fit une chute plus sérieuse que d'ordinaire et se contusionna assez violemment le genou droit. Celui-ci enfla et l'enfant dut s'aliter.

Les choses traînèrent en longueur, l'enfant ne se remettait pas et, deux ou trois mois après l'accident, un médecin de Paris diagnostiquait une arthrite tuberculeuse. Il conseilla une opération. Celle-ci fut pratiquée au début de l'année 1901. Elle consista en ponctions faites en différents points de l'articulation. Le membre fut mis ensuite en gouttière.

L'enfant fut envoyé à Nice. Là se déclarèrent des phénomènes inflammatoires en corrélation certaine avec les ponctions pratiquées : le genou gonfla, la peau devint rouge, chaude ; il y eut de l'altération de l'état général, de la fièvre continue aux environs de 39°. L'inflammation, limitée un certain temps au genou, se généralisa à la cuisse qui devint tendue, douloureuse.

Un médecin de Nice conseilla une intervention et adressa les parents au médecin de Paris qui avait pratiqué des ponctions. Celui-ci parla d'incision large de l'abcès fémoral et de *résection du genou*. Les parents refusèrent cette intervention et amenèrent l'enfant à M. le professeur Jaboulay, à Lyon.

A ce moment il y avait, indépendamment d'une arthrite suppurée du genou évidente, un énorme abcès intra-musculaire distendant toute la cuisse et remontant à quelques centimètres

du pli de l'aîne. L'état général était mauvais, la langue sèche, l'appétit nul, la température aux environs de 39°, 39°5. M. le professeur Jaboulay proposa l'incision seule de l'abcès. Cette intervention fut acceptée. Elle fut pratiquée le 9 avril 1902. Une incision fut pratiquée à la partie supérieure de l'abcès fémoral sur une étendue de 4 à 5 centimètres. Une quantité considérable de pus fut évacuée. Un gros drain fut introduit, le membre fut placé dans une gouttière et mis en inclinaison au voisinage de 45°.

Aucune incision ne fut faite sur l'articulation.

Au bout d'un mois la suppuration était à peu près tarie.

Un mois après l'incision de l'abcès on mettait un appareil plâtré.

En juillet, trois mois après l'opération, un silicate était placé, le malade commençait à marcher.

Le silicate fut enlevé en octobre et remplacé par un tuteur à tiges latérales permettant à volonté la flexion.

L'enfant a été revu en mars 1902 ; son état général est satisfaisant, il tousse cependant un peu. Localement, le genou est sec, il y a un peu de laxité générale, on peut faire exécuter des mouvements de flexion d'une extension de 30° environ. Il n'y a de douleur à la pression en aucun point. La cicatrice de l'incision de l'abcès est à 5 ou 6 centimètres du milieu du pli de l'aîne. L'enfant marche bien avec son tuteur, sans secours, sans canne.

OBSERVATION IV

(In Thèse d'agrégation de DE LAPERSONNE.)

ARTHRITE PURULENTE DU GENOU CONSÉCUTIVE A UNE ANGINE. —
ABCÈS SOUS-TRICIPITAL. — INCISION DE L'ABCÈS SANS ARTHRO-
MIE. — GUÉRISON AVEC ANKYLOSE.

Homme de 26 ans, entré en 1885, à Lariboisière. Cinq semaines avant son entrée, angine très violente et douleurs vives au niveau de l'articulation radio-carpienne gauche.

Puis le genou gauche se prit aussi, enfla, devint douloureux. Arthrite purulente. Epanchement intra-musculaire et vaste collection purulente à la partie antéro-inférieure de la cuisse.

Incision, drainage, injections phéniquées à 1/50^e et pansements antiseptiques renouvelés tous les quatre jours.

Le malade guérit lentement et conserva quelques raideurs articulaires et des atrophies musculaires qui immobilisèrent presque complètement le genou.

OBSERVATION V

(Obs. n^o 1 de la thèse de THIBAUDET.)

ARTHRITE TRAUMATIQUE SUPPURÉE DU GENOU. — ABCÈS FÉMORAL INTRA-MUSCULAIRE CONSIDÉRABLE DU A LA RUPTURE DU CUL-DE-SAC SOUS-QUADRICIPITAL. — INCISION DE CET ABCÈS. — GUÉRISON AVEC ANKYLOSE.

Claude G..., domestique, 25 ans, entre à l'Hôtel-Dieu, le 6 avril 1880.

Père vivant, mère morte d'une affection de l'estomac, frères et sœurs en bonne santé. Le malade s'est toujours bien porté ; aucun antécédent syphilitique, ni alcoolique.

Le 6 mars 1880, cet homme, en travaillant la vigne, s'était donné un coup de serpette entre le condyle interne du fémur et la rotule, au genou droit. Il s'était aussitôt trempé le genou dans l'eau, l'hémorrhagie s'était arrêtée et G... avait repris son travail.

Pendant quelques jours, il s'écoula de la plaie, un peu de liquide filant, analogue à du blanc d'œuf.

Le 15 mars, le genou s'enflamma et gonfla ; il en sortit une assez grande quantité de pus et le malade, alarmé, entra peu de temps après à l'hôpital.

6 avril. — On constate, au-dessus de la rotule, une plaie en

forme de croissant, de cinq à six centimètres de longueur, et communiquant avec l'articulation. Le genou est enflé et le malade ne peut faire aucun mouvement sans de violentes douleurs.

La cuisse est tuméfiée dans ses deux tiers inférieurs. Fièvre et douleurs aiguës.

Après avoir nettoyé la plaie, on applique un pansement de Lister et, par dessus, un bandage silicaté.

14 avril. — On coupe le bandage ; on s'aperçoit qu'en avant de la cuisse, le cul-de-sac sous-tricipital a laissé fuser du pus qui a envahi le membre jusqu'au tiers supérieur.

On fait deux incisions, l'une interne, l'autre externe, et on draine avec un faisceau de crins, puis on replace le membre, préalablement pansé, dans l'appareil silicaté.

Pulvérisations phéniquées avec le pulvérisateur à vapeur pendant l'opération.

22 avril. — On enlève le pansement ; il existe un peu d'œdème au niveau des plaies et au-dessus du genou. Attèle plâtrée remontant jusqu'en haut de la face postérieure de la cuisse.

18 juin. — On enlève la gouttière plâtrée et on change les drains : l'injection traverse bien les trajets. En pressant, on fait sourdre un pus épais, grisâtre. Nettoyage minutieux des plaies. Le genou commence à s'ankyloser.

10 juillet. — On fait, tous les trois ou quatre jours, un pansement antiseptique complet.

La plaie située au-dessus de la rotule s'est complètement cicatrisée. Il s'écoule encore un peu de pus par les drains qu'on a placés dans les ouvertures.

27 juillet. — Le malade reprend peu à peu ses forces ; le genou s'ankylose entièrement.

2 août. — On fait au malade un bandage silicaté et on l'envoie en convalescence à Longchêne.

OBSERVATION VI

(Obs. de BÆCKEL, *in* Thèse agrégation de JALAGUIER, n° XXVI.)

ARTHRITE SUPPURÉE DU GENOU DE CAUSE INCONNUE CHEZ UN
HOMME DE 41 ANS. — FUSÉE PURULENTE DANS LA CUISSE. —
INCISION, ARTHROTOMIE, DRAINAGE. — GUÉRISON PAR ANKYLOSE.

OBSERVATION VII

(Obs. XVII de la Thèse de THIBAUDET, appartenant à M. le professeur
JABOULAY.)

ARTHRITE PURULENTE DU GENOU DE CAUSE INCONNUE. — ABCÈS
SOUS-TRICIPITAL. — ARTHROTOMIE ET DRAINAGE. — GUÉRISON.

Jeune homme de 25 ans, soigné à l'Hôtel-Dieu pour une
arthrite purulente du genou, de provenance difficile à établir.
Absès arthri-fluent remontant jusqu'à l'aîne en décollant les
muscles.

Ouverture au bistouri en haut et en dehors de la cuisse,
au bord antérieur du grand trochanter. On vide en partie la
poche, puis on fait une autre contre-ouverture vers le tendon
du grand adducteur, à la face interne de la cuisse, au-dessus
du condyle interne, point où le pus a une tendance à se faire
jour au dehors.

Puis drainage soigneux.

Guérison.

OBSERVATION VIII

(Obs. IV de la thèse de Thibaudet appartenant à
M. le professeur JABOULAY)

ARTHRITE TRAUMATIQUE SUPPURÉE DU GENOU. — ABCÈS SOUS-
TRICIPITAL. — INCISION DE L'ABCÈS ET ARTHROTOMIE. — AMPU-
TATION SECONDAIRE. — GUÉRISON.

Jeune homme de 30 ans, entré à l'Hôtel-Dieu en 1890, salle Saint-Louis, n° 4.

Quelque temps auparavant, coup de hache, en travaillant, dans l'articulation du genou, qui donna une arthrite suppurée. Le cul-de-sac supérieur creva et donna un abcès sous-tricipital remontant jusqu'au tiers supérieur de la cuisse.

M. le professeur Jaboulay pratiqua l'arthrotomie, puis l'incision et le drainage antiseptique de l'abcès.

Mais la fièvre persistant, les symptômes d'intoxication septique ayant fait leur apparition, il pratiqua l'amputation du membre.

Le malade guérit sans complications.

OBSERVATION IX

(Obs. de M. le professeur Jaboulay. Inédite).

ARTHRITE SUPPURÉE DU GENOU DUE A L'OSTÉOMYÉLITE. — ABCÈS
SOUS-CUTANÉ ARTHRIFLUENT SUR LA FACE EXTERNE DU GENOU. —
ETAT GÉNÉRAL GRAVE. — INCISION DE L'ABCÈS ARTHRIFLUENT
SANS INTERVENTION ARTICULAIRE. — GUÉRISON.

Homme de 25 ans, coiffeur, entre à l'Hôtel-Dieu, en janvier 1901, pour une affection du genou droit.

Ostéomyélite de l'extrémité inférieure du fémur droit vers

l'âge de 14 ans. Incision d'un abcès. Guérison avec cicatrice adhérente. N'a pas souffert de la cuisse depuis ce moment. Pas de fistule.

A l'entrée il y a tuméfaction considérable de l'articulation.

On remarque sur la face externe de la jointure une petite tumeur rouge. Distension des culs-de-sac articulaires. Choc rotulien. La tumeur secondaire est fluctuante.

Douleurs très vives. Frissons. Température à oscillations de 1 degré à 1 degré et demi atteignant 39° 5, 40° le soir.

M. le professeur Jaboulay diagnostique une pyarthrose du genou, d'origine ostéomyélitique, et décide une intervention.

L'abcès externe est incisé et évacué. Quand on presse sur l'articulation distendue, on constate que son contenu passe dans l'abcès latéral et de là s'écoule à l'extérieur.

On se contente dès lors du drainage médiat par l'abcès arthrifluent.

La suppuration dura pendant un mois avec température élevée et état général médiocre.

Guérison.

OBSERVATION X (1)

(Inédite).

PNEUMONIE CHEZ UN HOMME DE 65 ANS. — ARTHRITE PURULENTE PNEUMOCOCCIQUE DE L'ÉPAULE GAUCHE. — FUSÉE PURULENTE DANS LA GAINE BICIPITALE. — INCISION DU PROLONGEMENT PURULENT SANS INTERVENTION SUR L'ARTICULATION. — GUÉRISON.

Il s'agit d'un malade de 65 ans, soigné dans le service de M. Bouveret, en janvier 1899, pour une pneumonie. A la

(1) Due à l'obligeance de notre collègue et ami, M. le docteur Maurice PATEL.

période de déclin, douleurs et gonflement au niveau de l'épaule gauche; l'état général s'aggrave, la température qui avait fléchi monte à 40°; la présence de pus devient manifeste, le malade est transporté dans le service de M. Jaboulay.

On constate alors que la région est considérablement augmentée de volume; œdème des plans superficiels; fluctuation profonde. Le long du biceps, en dedans du bord externe du deltoïde, empâtement indiquant le pus d'une façon certaine.

Incision au niveau de ce prolongement, sans anesthésie; il s'écoule une quantité considérable de pus verdâtre, bien lié; l'expression de l'articulation est faite. Drainage.

La suppuration persiste très abondante pendant plusieurs jours, l'état général se relève peu à peu. Guérison.

OBSERVATION XI

(Obs. du service de M. VALLAS, Hôtel-Dieu. — Inédite.)

ARTHRITE SUPPURÉE DU GENOU D'ORIGINE DOUTEUSE.
ÉTAT GÉNÉRAL GRAVE. — PONCTION ÉVACUATRICE. — GUÉRISON.

Jules M..., débitant, 36 ans, entré à l'Hôtel-Dieu, salle St-Louis, chez M. Vallas, le 19 janvier 1905. Sorti le 9 février.

Père mort d'un refroidissement.

Personnellement grippe grave en 1896.

Depuis ce temps sa santé est toujours chancelante.

L'année dernière il a eu des abcès au niveau de l'aîne et à la face supéro-interne de la cuisse à droite. Il souffre depuis l'an dernier du genou gauche. La douleur est assez variable sans être jamais très vive. A la pression on trouve des points douloureux au niveau du plateau tibial et du condyle interne du fémur. La peau au niveau de l'articulation est luisante, tendue, chaude; elle porte les traces d'un vésicatoire

récent et la cicatrice d'un abcès datant de l'année dernière.

L'atrophie musculaire est peu considérable. Tout mouvement est impossible, le malade ne peut détacher la jambe du lit. La fluctuation de la tumeur du genou est évidente. Il n'y a pas de laxité anormale des surfaces articulaires.

L'état général est mauvais, la langue sèche, rotie.

La température est de 39° le matin, 39° 8 le soir.

Le 25 janvier, ponction de l'articulation. Il s'écoule 150 grammes environ de pus bien lié. Immobilisation dans un plâtre.

La température baisse à 38°, 38°,5 en trois jours et se maintient stationnaire.

L'état général s'améliore peu à peu.

Le 9 février, nouveau plâtre. Le malade sort très amélioré.

Deux cobayes ont été inoculés avec le pus articulaire. Sacrifiés dans les délais habituels, ils ont été trouvés indemnes de tuberculose. L'examen direct a révélé la présence de nombreux staphylocoques.

Le malade est revu au mois de mars. Il marche assez facilement. Sa jambe est en bonne attitude. Il y a encore de la raideur articulaire.

OBSERVATION XII

Obs. XVII de la thèse de DESHAYES. — (Résumée).

HYGROMA PRÉROTULIEN SUPPURÉ. — ARTHRITE PURULENTE DU GENOU CONSÉCUTIVE. — OUVERTURE SPONTANÉE A L'EXTÉRIEUR. — GUÉRISON SANS ANKYLOSE.

Femme de 45 ans, laveuse. Pas d'antécédents notables. Hygroma prérotulien dont le début remonte à 6 ans. Inflammation de cet hygroma.

Traitement empirique qui laisse évoluer le mal en liberté. Frissons violents, vomissements incoercibles, diarrhée profuse. Tuméfaction considérable de tout le genou. Douleurs intolérables.

L'évolution de ces différents symptômes dure trois semaines environ.

Puis il se fait une première ouverture spontanée au côté externe du tendon rotulien et une seconde à la face interne du genou.

Deshayes voit alors la malade.

C'est le 20 mai 1897.

Localement il constate que le genou tuméfié, violacé, présente deux cloaques purulents ; le doigt enfoncé dans l'externe arrive sur la rotule et pénètre dans l'articulation qui est pleine de pus. L'intérieur en est rugueux, mamelonné, parsemé de points durs.

Il y a une légère amélioration de l'état général depuis l'issue spontanée du pus.

On agrandit les deux ouvertures spontanées. Le lendemain du premier examen l'état paraît si grave qu'on propose l'amputation.

La malade veut attendre et déclare ne vouloir se soumettre à ce sacrifice qu'à la dernière extrémité.

On attend quelques jours.

Le 28 mai, l'état général s'améliore considérablement : la fièvre diminue, les frissons disparaissent, les vomissements et la diarrhée s'arrêtent.

Incision d'un adéno-phlegmon de l'aîne.

Au bout de dix jours on note : Les cloaques se détergent, les bourgeons charnus apparaissent rouges et de bonne nature, les lèvres des plaies qui sont très vastes s'avancent les unes vers les autres, la cicatrisation se fait.

L'état général s'améliore, la langue se nettoie, l'appétit renaît.

Au mois de juin on commence à faire exécuter quelques mouvements au genou.

Vers le 20 juillet les plaies sont fermées, la malade demande à se lever et se sent très robuste.

On ne le lui permet que fin juillet. Il y a à peine un peu de raideur du genou.

Revue bien des fois depuis, la malade est guérie parfaitement et beaucoup mieux qu'on ne pouvait l'espérer. Elle marche très bien, sa jambe est souple, le genou fléchit parfaitement. Mais il est un peu déformé et on y voit deux dépressions profondes et adhérentes, vestiges indélébiles des ouvertures spontanées et des incisions qui les avaient agrandies.

CONCLUSIONS

1^o L'incision pure et simple du cul-de-sac sous-quadricipital, méthode de M. le professeur Jaboulay, draine d'une façon efficace l'articulation du genou. Il faut lui adjoindre l'élévation continue du membre inférieur correspondant qui fait du cul-de-sac sus-rotulien le point déclive de la jointure.

2^o L'efficacité de ce drainage repose sur des preuves cliniques et expérimentales.

3^o Il ménage les parties constitutives de l'articulation : capsule, ligaments. L'ankylose doit donc être moins fréquente avec cette méthode.

4^o Il est le traitement de choix des pyarthroses du genou, notamment dans les formes traumatiques et infectieuses de celles-ci.

5^o Ce procédé est préférable à l'arthrotomie large qui compromet la solidité et la mobilité de l'articu-

lation, à *fortiori* à la résection qui réalise sûrement l'ankylose et reste une opération grave.

6^o Les arthrites purulentes du genou s'accompagnent fréquemment, quelle que soit leur origine, d'abcès péri-articulaires arthrifluents.

7^o Ces abcès sont dûs à la rupture de la synoviale qui se fait le plus souvent au niveau du cul-de-sac sous-quadricipital, lieu de moindre résistance.

8^o L'apparition des abcès arthrifluents n'aggrave pas le pronostic de l'affection, elle est plutôt de bon augure.

9^o L'incision et le drainage des abcès joints à l'élévation du membre, quand il s'agit d'une localisation intra-quadricipitale, amènent la guérison de l'arthrite causale en même temps que la leur, sans qu'il soit besoin d'intervenir sur l'articulation.

10^o Les conclusions précédentes s'appliquent aux arthrites suppurées chaudes. La tuberculose est éliminée du cadre de cette étude.

Le Président de la Thèse,

JABOULAY.

VU :

Le Doyen.

LORTET.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 1^{er} juillet 1900.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

G. COMPAYRÉ.

BIBLIOGRAPHIE

- ALBERT. — Pertarticuläre abscesse. *Med. Jahrb. Wien* 1873, III, p. 350-365.
- ALBERT. — De l'arthrotomie. *Wien Med. Presse*, 1866.
- AMODRU. — Cul-de-sac sous-tricipital du genou. Thèse de Paris 1879.
- ANNE. — Les abcès péri-articulaires du genou. Th. de Paris 1863.
- BERGER (Paul). — Cul-de-sac sous-tricipital du genou. Th. de Paris 1873.
- BÆCKEL. — De l'arthrotomie antiseptique. *Gaz. des Hôp.* 1881, p. 1206.
- BRÈS. — De l'arthrotomie dans l'arthrite blennorrhagique. Th. de Paris 1897, n° 5.
- BROCA. — Arthrites aiguës traumatiques du genou chez l'enfant. In *Presse Méd.* 7 fév. 1900, p. 65, et *Cliniques de Chirurgie infantile*, Paris, 1901.
- CAHIER. — Traité Le Dentu et Delbet, art. Plaies des articulations.
- CHALLAND. — Cul-de-sac sous-tricipital du genou et suppurations. *Bull. Soc. anat.*, Paris, 1871.

- CHASSAIGNAC. — De la suppuration et du drainage chirurgical.
- COCHF. — Des incisions opératoires dans la région du genou, Th. Lyon 1893, n° 1046,
- O'CONNOR. — Twenty consecutive arthrotomies of Knee. *Med. Press and Circul.*, 1898, t. CXVI, p. 78.
- DELORE (X.). — De la résection précoce dans les arthrites infectieuses par plaie pénétrante du genou. *Gaz. des Hôp.*, 9 nov. 1899. — Arthrite suppurée consécutive à une plaie pénétrante du genou gauche. — Arthrotomie. — Guérison. *Gaz. hebd. Méd. chir.*, 9 septembre 1900.
- DESHAYES. — Contribution à l'étude clinique des phlegmons péri-articulaires du genou. Th. Paris 1898, n° 651.
- DODGE. — Traitement de la suppuration du genou. *Med. News*, Philadelphie, 1892, p. 713-715.
- FARABEUF. — Manuel opératoire.
- FORGUE et RECLUS. — Thérapeutique chirurgicale, 2^e éd.
- GANGOLPHE. — Précis des opérations d'urgence. Coll. Testut, Paris, 1901.
- GILLES DE LA TOURRETTE. — Observations sur les abcès qui se forment aux environs des articulations ou sur les articulations mêmes. *J. de Méd., chir., pharm.*, etc. Paris, 1785, LXIV, p. 631-640.
- GUINCOURT. — Observations sur des collections aqueuses ou purulentes ayant leur siège soit dans l'articulation du genou, soit dans les parties environnantes. *J. de Méd., chir., pharm.*, etc. Paris, 1810, XIX, 267-272.
- HERVY. — Contribution à l'étude des foyers inflammatoires juxta-articulaires du genou. Th. Paris 1901, n° 34.
- JALAGUIER. — De l'arthrotomie. Th. agrég. Paris 1886.
- JUVIGNY. — Contribution à l'étude des arthrites suppurées métapneumoniques. Th. Paris 1894, n° 9.
- KAMMERER. — Über gonorrhoische Gelenk entzündung. *Centralbl. f. chir.* 1884, p. 49.
- KAUFMANN. — Die Drainage des Kniegelenkes. *Corr. Bl. f. Schw. Ärzte*, 1885, n° 23, p. 561.

- KAZZANDER. — Osservazioni nell'anatomia dell'articolazione del ginocchio nell'uomo. *Anat. Amz.* Jéna 1895, XI, 33-41.
- KLEIN. — Gonarthrits purulenta dextra mit Phlegmon femoris et cruoris; Pyämie mit Embolien; Geistesstörung; Ausgang in Heilung; Exarticulatio femoris. *Arch. f. Kinderh.*, Stutt., 1897, XXII, 447-455.
- KENIG. — Pathologie chirurgicale.
- LAGOUTTE. — Traitement des arthrites suppurées non tuberculeuses par la résection. *Gaz. Hebdom.*, 1894.
- LAGRANGE. — Art. arthrites infectieuses, in traité Duplay et Reclus.
- LANGLOIS. — Réflexions sur 28 observations d'arthrotomie. Th. Paris 1897-1898, n° 88.
- DE LAPERSONNE. — Les arthrites infectieuses. Th. agrég. Paris 1886.
- MAILHETARD. — De la résection du genou comme traitement des arthrites infectieuses par plaies pénétrantes de cette articulation. Th. Lyon 1899-1900.
- MALASPINA. — De la valeur des opérations conservatrices dans les traumatismes graves du genou. Th. Lyon 1898-1899 n° 31.
- MARTIN. — Contribution à l'étude des arthrites septiques. — Th. Paris 1884-85 n° 228.
- MASSE. — Recherches sur les synoviales. Montpellier.
- MAUCLAIRE. — Les arthrites infectieuses, *Arch. gén. méd.* 1895. Article du traité Le Dentu et Delbet.
- MONOD ET VANVERTS. — Manuel opératoire. Paris 1902.
- NÉLATON. — Art. Plaies des articulations, in Traité Duplay et Reclus.
- NICAISE. — Arthrite suppurée du genou et cul-de-sac sous-tricipital. — *Rev. mens. méd. et chir.* Paris, nov. 1878.
- NICOLAS. — Contribution à l'étude de l'arthrotomie antiseptique Th. Nancy 1883.
- OLLIER. — Traité des résections. Article : « Arthrite » in Dict. de Dechambre.

- PARIZEAU. — Traitement de l'arthrite blennorrhagique aiguë par l'arthrotomie précoce. Th. Paris, 1896 n° 479.
- PONT. — Cul-de-sac sous-tricipital du genou. Thèse Paris, 1877.
- FOWERS. — Septic synovitis of knee-joint; extensive drainage followed by excision of entire synovial membrane; recovery. *Med. News N. R.* 1900, LXXVII, 852-853.
- QUANTIN. — Contribution à l'étude anatomique et pathologique de la bourse séreuse sous-tricipitale (triceps crural). Thèse Paris, 1882.
- REIFFER. — *Correspondenz Blatter*, 1888.
- SANTESSON. — Om förhållandet mellan knalledskapseln och bursa subcruralis. *Hygiea*, Stockolm, 1884, LXVI, 763.
- SCHWARTZ. — Recherches anatomiques sur la synoviale du genou et son cul-de-sac sous-tricipital, in *Bull. Soc. Anat.*, Paris, 1879, LIV, 469; *Progrès Méd.*, 1880, VII, 210; *Arch. Gén. Méd.*, 1880, II, 27.
- TALAMON. — *Rev. Méd. et Chir.*, 1898.
- TACHARD. — *Cong. Chir.*, 1891. Paris.
- TALLET. — De l'application de la synovectomie et de l'arthrectomie au traitement de l'arthrite traumatique suppurée du genou. Lyon, 1895-96, n° 1195.
- TERRILLON. — Nouveaux détails sur l'anatomie et la physiologie de l'articulation du genou. *J. Anat. et Phys. Lond.*, 1879, XV, 35.
- TESTUT. — *Traité d'Anatomie humaine*, IV^e édition.
- THIBAUDET. — Des abcès sous-tricipitaux consécutifs aux arthrites purulentes du genou. Thèse Lyon, 1894-95, n° 1041.
- TILLAUX. — *Traité d'Anatomie topographique*.
- TOURETTE. — Arthrotomie trans-osseuse. Thèse Paris, 1892-93 n° 394.
- VERNEUIL. — Arthrite suppurée du genou et inflammation suppurative du cul-de-sac sous-tricipital. *Rev. Chir.*, septembre, 1878.

